



Зарегистрировано:
ОМЖ № 80 УД-УМЗ/04
от 07.12.2015г.
Регистратор:
Виб / Сибова В.Л.

УТВЕРЖДЕНО:
Решением Сената
Протокол № 3 от 04.12.2015г.
Председатель
 Арикова З.Н.



Комратский государственный университет

Отдел менеджмента качества и учебного процесса

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА

Система менеджмента качества КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ	СМК ДП 8.3-0.1-2015
--	---------------------

**КОРРЕКТИРУЮЩИЕ И
ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ**

Комрат-2015



1. НАЗНАЧЕНИЕ И ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящая документированная процедура является основным документом, реализующим требования системы менеджмента качества (СМК) к корректирующим и предупреждающим действиям. Она устанавливает порядок планирования, разработки и проведения корректирующих и предупреждающих действий для постоянного улучшения СМК. Документированная процедура обязательна к применению во всех структурных подразделениях университета, входящих в область применения СМК.

2. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1 Цели корректирующих/предупреждающих действий состоят в поддержании соответствия объектов качества путем устранения причин:

- выявленных несоответствий для предупреждения повторного их возникновения;
- потенциальных несоответствий для предупреждения их появления.

2.2 Корректирующие действия должны быть адекватными последствиям выявленных несоответствий. Предупреждающие действия должны соответствовать возможным последствиям потенциальных проблем.

2.3 Основанием для разработки и реализации корректирующих/предупреждающих действий являются выявленные потенциальные несоответствия.

2.4 Процесс корректирующих/предупреждающих действий осуществляется во всех структурных подразделениях университета, участвующих в СМК.

2.5 Взаимодействие процесса корректирующих/предупреждающих действий с другими процессами СМК приведено в приложении А.

Расширение ответственности и полномочий при осуществлении корректирующих/предупреждающих действий определено в матрице ответственности, приведенной в приложении Б.

3. УСТАНОВЛЕНИЕ СУЩЕСТВУЮЩЕГО / ПОТЕНЦИАЛЬНОГО НЕСООТВЕТСТВИЯ

3.1 К причинам возникновения несоответствий относятся:

- несоответствия в:
 - уровне подготовки студентов, слушателей;
 - процессах;
 - оборудовании;
 - документации;
 - средствах измерения, используемых в образовательном процессе;



- неадекватное управление процессами;
- недостаточная подготовка кадров;
- неблагоприятные условия работы
- и другие.

3.2 Существующие и потенциальные несоответствия выявляются в университете при:

- внутренних аудитах (п.8.2.2 РК);
- инспекционных проверках;
- мониторинге и измерении удовлетворенности потребителей;
- мониторинге и измерении процессов;
- мониторинге и измерении продукции;
- анализе данных для улучшения (п. 8.4 РК);
- анализе со стороны руководства функционирования СМК (п.5.6 РК);
- выполнении договора;
- проектировании;
- текущей деятельности специалистов подразделений;
- получении жалоб от потребителей.

3.3 Последствия этих причин выявляются путем анализа следующих документов:

- записей анализа качества со стороны высшего руководства – решений (Сената) Ученого совета;
- записей качества персонала;
- записей определения и анализа требований потребителей;
- записей оценки качества организаций – поставщиков абитуриентов;
- записей результатов мониторинга и измерений по управлению процессом: трудоустройства и маркетинга, отбора абитуриентов, проектирования, учебно-организационной, методической деятельности и образовательного процесса;
- записей мониторинга и измерения качества результатов образовательного процесса (знаний, умений, навыков и компетенций студентов и выпускников);
- записей результатов плановых комплексных и внеплановых проверок,;
- наблюдений в ходе контроля процессов;
- наблюдений в ходе внутренних аудитов;
- наблюдений и отчетов персонала.

3.4 Высшее руководство университета наделило всех сотрудников полномочиями и ответственностью сообщать о несоответствиях на любой стадии процесса для обеспечения своевременного обнаружения, регистрации и устранения несоответствий, а также определило полномочия по реагированию на несоответствия.

Выявляют несоответствия:

- в системе менеджмента качества – внутренние и внешние аудиторы в ходе аудитов, руководители и специалисты структурных подразделений в ходе своей деятельности;
- в процессе оказания образовательной услуги – персонал структурных подразделений, специалисты учебно-методического управления;
- в результатах образовательного процесса (знаниях, умениях, навыках и компетенциях студентов) – профессорско-преподавательский состав (ППС), заведующие кафедрами, деканы факультетов;
- в процессах - специалисты учебно-методического управления, специалисты отдела менеджмента качества, сотрудники структурных подразделений;



- в деятельности персонала: руководители структурных подразделений;
- в документации: руководители структурных подразделений, руководство университета, специалисты отдела менеджмента качества.

3.5 Выявленное несоответствия должно быть идентифицировано, зафиксировано в соответствующих записях, установленного образца того структурного подразделения, где несоответствие было выявлено.

3.6 Каждое выявленное несоответствие может быть охарактеризовано такими классификационными признаками, как содержание, степень значимости, форма проявления, частота встречаемости, иерархический уровень принятия решения об его устранении, степень сложности его устранения, область распространения, объект аудита качества.

3.6.1 По содержанию – несоответствие может быть организационным, техническим, экономическим или социально-психологическим.

3.6.2 По степени значимости несоответствие может быть значительным (Категория 1) или малозначительным (Категория 2).

Значительным несоответствием является невыполнение установленного требования, которое с большей вероятностью оказывает отрицательное влияние на качество образовательной услуги и функционирование СМК и должно быть устранено в кратчайший срок. Малозначительным несоответствием является невыполнение установленного требования, которое может оказать отрицательное влияние на качество образовательной услуги и функционирование СМК или привести к появлению значительного несоответствия, если оно не будет устранено.

Степень значимости несоответствия определяет очередность разработки корректирующего/предупреждающего действия.

3.6.3 По форме проявления несоответствие может быть существующим или потенциальным. Для устранения существующего несоответствия разрабатывается и реализуется корректирующее действие, для устранения потенциального несоответствия – предупреждающее действие.

3.6.4 По частоте встречаемости несоответствие может быть разовым и повторяющимся. Разовым является несоответствие, установленное в первый раз. Повторяющимся является несоответствие, установленное более одного раза. Повторяющееся несоответствие следует рассматривать как следствие нерезультативности корректирующего/предупреждающего действия.

3.6.5 По иерархическому уровню, на котором принимается решение об устранении выявленного несоответствия, оно может быть на уровне университета, факультета, кафедры, структурного подразделения или конкретного исполнителя (рабочего места).

3.6.6 По степени сложности требующихся корректирующих и предупреждающих действий, а также устранения (коррекции) выявленного несоответствия оно может быть простым или сложным. Простым является несоответствие, которое может быть



оперативно устранено. Сложным является несоответствие, устранение которого требует длительного времени, связанного с исследованием причин несоответствия, разработкой и реализацией корректирующего или предупреждающего действия.

3.6.7 По области распространения несоответствие может быть ограниченным и неограниченным. Ограниченным (локальным, местным) является несоответствие, влияние которого ограничивается пределами лишь того рабочего места или подразделения, где оно было выявлено. Неограниченным является несоответствие, влияние которого выходит за пределы того рабочего места или подразделения, где оно было выявлено.

3.6.8 По объекту деятельности аудита качества несоответствие может быть в СМК, в продукции или в процессе.

3.6.9 Приведенная классификация призвана облегчить определение специфики несоответствия и способствовать более точной разработке корректирующего/предупреждающего действия.

4. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗНАЧИМОСТИ НЕСООТВЕТСТВИЙ

4.1 Значимость несоответствия определяют с позиций его влияния на качество объекта согласно п.3.6.2.

4.2 Оценивание значимости несоответствия осуществляется экспертным путем.

4.3 Для облегчения оценивания значимости несоответствия может быть использовано ранжирование несоответствий. Ранжирование несоответствий может быть также использовано для количественной оценки состояния СМК при ее аудите.

4.4 Оценивание значимости выявленного несоответствия осуществляют внешние эксперты-аудиторы, внутренние аудиторы и начальник ОМК, взаимодействие которых происходит на соответствующих совещаниях, а также посредством электронной почты. При внутренней проверке решение о значимости выявленного несоответствия принимает руководитель аудиторной группы, а при возникновении споров – начальник ОМК.

5.ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИЧИН НЕСООТВЕТСТВИЙ И ИХ АНАЛИЗ

5.1 Руководитель структурного подразделения, получив свидетельства о наличии несоответствий (отчет по результатам аудита, решение Сената (Учёного совета), протокол заседаний советов университета, протокол заседаний кафедры, отчеты о работе государственной экзаменационной комиссии и государственной аттестационной комиссии, жалобы со стороны потребителей и/или заинтересованных сторон и т.д.) прорабатывает его с сотрудниками подразделения с тем, чтобы определить причины выявленных отклонений (если таковые не были установлены ранее). Для этого проводится



анализ требований к образовательной услуге и её результату и самой деятельности структурного подразделения, анализ всех соответствующих процессов, операций, записей о качестве, отчетов и жалоб заинтересованных сторон, а также проверок Министерства просвещения РМ. При анализе используются статистические методы.

5.2 Анализ причин несоответствия представляет собой тщательное, основанное на опытных данных или на выдвижении новых идей, изучение событий и обстоятельств, непосредственно обуславливающих появление несоответствия.

5.3 Анализ причин существующего несоответствия базируется на сборе необходимой числовой или нечисловой информации (данных контроля, мнениях сотрудников, имеющих отношение к рассматриваемой проблеме и других) и ее анализе с помощью статистических методов и таких средств, как контрольный листок, диаграмм, графиков и других. Сбором информации об анализе причин существующего несоответствия занимается руководитель структурного подразделения, в котором выявлено несоответствие.

5.4 При исследовании причин потенциального несоответствия могут быть использованы различного рода расчеты, а также метод «мозгового штурма», творческая дискуссия и другие.

5.5 Руководитель подразделения, в котором осуществляются корректирующие/предупреждающие действия, распределяет и устанавливает ответственность и полномочия персонала за сбор и анализ информации, а также определение применимых методов анализа, в том числе статистических, и области их использования.

5.6 Результаты анализа несоответствий используются при планировании корректирующих/предупреждающих действий.

6. ПЛАНИРОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА КОРРЕКТИРУЮЩИХ / ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

6.1 Планирование корректирующих действий включает оценивание важности проблем и выражается через определение требующихся мероприятий, выделяемых ресурсов и времени, необходимых для воздействия на такие аспекты, как характеристики образовательного процесса, надежность, безопасность, цена несоответствия, затраты, а также удовлетворенность потребителей и других заинтересованных сторон.

6.2 Планирование предупреждающих действий осуществляется в университете систематически. Внутренний обмен информацией для планирования предупреждающих действий осуществляется в соответствии с положениями о структурных подразделениях университета. Систематичность планирования базируется на данных, включающих оценку предыдущих сведений по тенденциям и критическом состоянии деятельности университета. Данные обеспечивают информацию для разработки результативного плана



предупреждения потерь и определения приоритетов, касающихся каждого процесса и продукции, чтобы удовлетворять потребности и ожидания заинтересованных сторон. Данные получают посредством:

- анализа характера и последствий отказа;
- анализа потребностей и ожиданий потребителей;
- анализа рынка;
- использования выходных данных анализа, в том числе анализа со стороны руководства;
- измерений удовлетворенности;
- измерений процессов;
- использования объединяющих источников информации от заинтересованных сторон;
- соответствующих записей системы менеджмента качества;
- уроков, извлеченных из прошлого опыта;
- результатов самооценки.

Ответственным за планирование предупреждающих действий является руководитель подразделения, в котором будут производиться предупреждающие действия.

6.3 Решение о разработке корректирующего/предупреждающего действия, в зависимости от области распространения выявленного несоответствия и степени сложности его устранения, принимается на соответствующем иерархическом уровне: университет, факультет, кафедра, подразделение, исполнитель.

6.4 Разработку корректирующего/предупреждающего действия осуществляет руководитель структурного подразделения, в деятельности которого обнаружены или прогнозируются несоответствия. При планировании корректирующих/предупреждающих действий руководитель структурного подразделения несет персональную ответственность за своевременные:

- разработку плана корректирующих/предупреждающих действий по выявленным или предполагаемым несоответствиям;
- информирование отдела менеджмента качества (ОМК) (в случае выявления несоответствий в результате аудитов СМК) или проректора по учебной работе (во всех остальных случаях) и оформление плана корректирующих/предупреждающих действий;
- при выполнении корректирующих/предупреждающих действий в рамках одного подразделения его руководитель распределяет и устанавливает ответственность персонала за разработку плана мероприятий, обеспечивает выполнение необходимых материальных, человеческих ресурсов и времени.

6.5 Для разработки корректирующего/предупреждающего действия по сложному или (и) крупномасштабному несоответствию следует привлекать специалистов других подразделений.

К разработке плана выполнения корректирующего действия по несоответствию, выявленному в ходе аудита СМК, следует привлекать внутренних аудиторов.

Корректирующие/предупреждающие действия по устранению выявленных потенциальных несоответствий и предложения по улучшению должны быть согласованы с соисполнителями, начальником ОМК и, при необходимости выделения финансовых ресурсов, с представителем руководства.

6.6 Разработанное корректирующее/предупреждающее действие должно удовлетворять следующим требованиям:



- обоснованности, т.е. должно быть хорошо аргументированным, основываться на объективных закономерностях и убедительных доказательствах;
- выполнимости, т.е. должно учитывать практические возможности его реализации;
- непротиворечивости, т.е. не должно содержать мер, несовместимых или несогласованных с другими мерами в СМК, приводящими к дезорганизации их выполнения;
- адресности, т.е. предусматривать его конкретных исполнителей в соответствии с их профессионализмом и компетентностью;
- конкретности во времени, т.е. должно содержать конкретные сроки его реализации;
- своевременности, т.е. должно приниматься в надлежащее время и не должно допускать дальнейшего усложнения проблемы;
- результативности, т.е. должно предусматривать действенный результат при его реализации.

7. РЕАЛИЗАЦИЯ И РЕГИСТРАЦИЯ КОРРЕКТИРУЮЩИХ / ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

7.1 В процессе выполнения корректирующих/предупреждающих действий принимают участие сотрудники соответствующих подразделений. Запись о разработанных мерах вносится в форму плана корректирующих/предупреждающих действий. В плане корректирующих/предупреждающих действий указывается должность и фамилия лица, ответственного за реализацию каждого конкретного этапа, а также сроки реализации запланированных мероприятий.

Руководитель проверяемого подразделения обязан предоставить второй экземпляр плана корректирующих/предупреждающих действий в ОМК в установленные сроки или представителю руководства для дальнейшего контроля.

Проректор по учебной работе (представитель руководства) после получения от подразделений (через начальника ОМК) заполненного плана корректирующих/предупреждающих действий или предложений по улучшению берет на контроль их выполнение.

7.2 Проведение и результаты корректирующих/предупреждающих действий оформляются документально. За организацию, осуществление и оформление отчета о выполнении корректирующих/предупреждающих действий несёт ответственность руководитель структурного подразделения (Приложение Е).

7.3 Заполненный отчет о выполнении корректирующих/предупреждающих действий, свидетельствующий о выполнении мероприятий по устранению несоответствий должен после выполнения представляться в ОМК за подписью руководителя структурного подразделения.

Корректирующее или предупреждающее действие считается выполненным, если в установленные сроки от подразделения поступает отчет о выполнении корректирующих/предупреждающих действий с подписью руководителя структурного подразделения, свидетельствующей о выполнении запланированных мероприятий. При



отсутствии данной информации корректирующее/предупреждающее действие считается невыполненным.

7.4 Документация о проведении и результатах корректирующих и предупреждающих действий хранится в отдела менеджмента качества не менее трех лет.

8 АНАЛИЗ И ОЦЕНИВАНИЕ КОРРЕКТИРУЮЩИХ/ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ

8.1 Реализованное корректирующее/предупреждающее действие подвергается проверке, которую осуществляют внутренние аудиторы (в части проблем, относящихся к требованиям СМК) и специалисты учебно-методического управления (в части проблем, относящихся к продукции). Результаты проверки протоколируются.

8.2 Оценивание результативности корректирующего / предупреждающего действия, т.е. степени устранения причин несоответствия, осуществляет руководитель его разработки в соответствии с определенными им критериями.

8.3 Результативность выполнения корректирующих/предупреждающих действий контролируется при последующих проверках, проводимых в данном подразделении, или целевым образом, о чем делается соответствующая отметка в протоколе регистрации выполнения корректирующих/предупреждающих действий.

8.4 Информация о проведении мероприятий по устранению несоответствий и их результаты анализируются ОМК. Обобщенная информация в виде аналитической записки предоставляется начальником отдела менеджмента качества ректору университета для анализа со стороны руководства и оценки результативности. Предложения по улучшению, рекомендации по устранению/предупреждению несоответствий могут быть включены в План по качеству.

8.5 Результаты оценки результативности корректирующих/предупреждающих действий используются как выходные данные анализа со стороны руководства и применяются как входные данные для модификации планов, а также для процессов улучшения. Сбор информации об улучшении качества в результате корректирующих и предупреждающих действий осуществляется ученым секретарем Сената (Ученого совета) и ОМК на основании сведений отделов, докладных записок руководителей подразделений.

8.6 При отрицательной оценке результативности либо вносятся изменения в план реализации корректирующего/предупреждающего действия либо пересматривается вариант корректирующего/предупреждающего действия.

8.7 При положительной оценке результативности, свидетельствующей о том, что результат корректирующего/предупреждающего действия имеет постоянный характер, обеспечивается закрепление найденного решения посредством внесения изменений в соответствующую документацию: методики, инструкции, положения, документированные процедуры и другую документацию СМК.



8.8 Перечень необходимых изменений (поправок) в документацию составляется в результате анализа проведенных корректирующих/предупреждающих действий начальником ОМК. Решение о внесении изменений в документацию СМК принимает представитель руководства, что оформляется в виде распоряжения.

Проект изменений, вносимых в соответствующую документацию СМК, разрабатывается ответственным исполнителем разработки корректирующего /предупреждающего действия и согласовывается с ОМК. Изменения в документацию вносятся ответственным за ведение данного документа своевременно, а персонал, имеющий отношения к этой документации, знакомится с этими изменениями незамедлительно. О внесении изменений в действующую документацию СМК делается соответствующая отметка в листе внесения изменений.

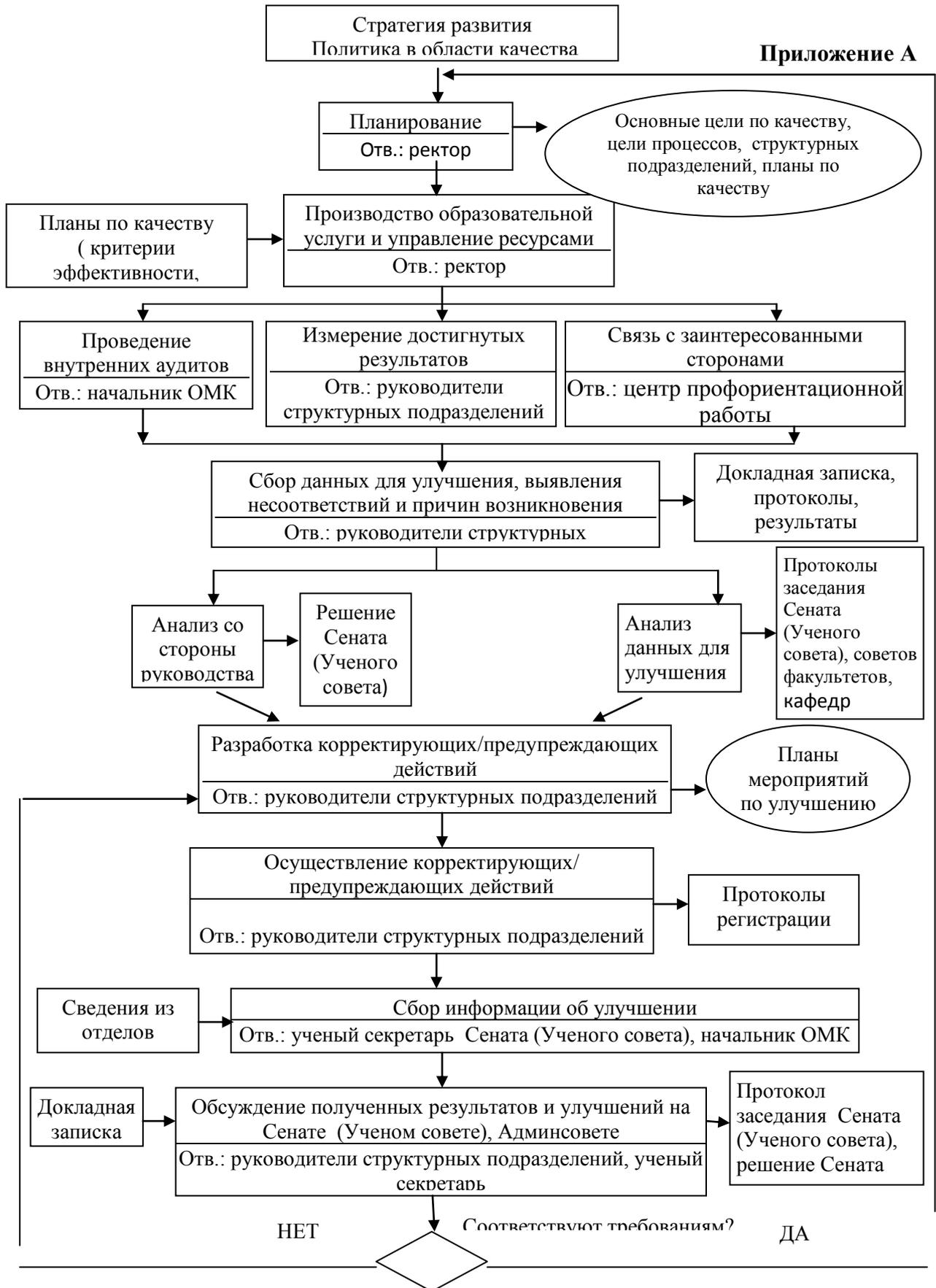


Рисунок 1 – Взаимодействие процесса корректирующих/предупреждающих действий с другими процессами СМК



Приложение Б

Матрица ответственности СМК ДП 8.5.0 – 1.0 - 2012

№ п/п	Должностное лицо Вид работ	Представитель руководства	Начальник ОМК	Внутренний / внешний аудитор	Руководитель	Сотрудники
					подразделения (проректор, декан, зав.кафедрой, нач. отдела)	
1	Установление несуществующих несоответствий	У	Р	О	У	У
2	Определение значимости несоответствия	У	Р	О	У	У
3	Определение причин несоответствия и их анализ	У	У	О	Р	У
4	Планирование и разработка корректирующих/предупреждающих действий	У	У	О	Р	У
5	Реализация и регистрация корректирующих/предупреждающих действий	У	У	У	Р	О
6	Анализ и оценивание результатов корректирующих/предупреждающих действий	У	Р	О	О	У

Р – руководит деятельностью и принимает окончательное решение по управлению процессом, возложена ответственность за конечные результаты;

О – отвечает за исполнение, обобщает результаты, готовит и обосновывает проекты решений, возложена ответственность за своевременность и качество подготовки решений;

У – принимает участие в подготовке решений в рамках своей компетенции, несет ответственность за обоснование своих предложений, исполняет принятое решение и возложена ответственность за своевременность и качество исполнения в рамках своей компетенции.



ПРИЛОЖЕНИЕ В

**ФОРМА ПЛАНА КОРРЕКТИРУЮЩИХ И/ИЛИ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ
СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

ПЛАН

корректирующих и/или предупреждающих действий по выявленному/потенциальному несоответствию
от «__» _____ 200__ г.

Подразделение _____ Сроки выполнения плана _____

№	Задание	Ответственный	Сроки исполнения	Отметка об исполнении или имеющихся замечаниях

Руководитель подразделения _____
подпись

И.О.Ф.

Дата составления плана
«__» _____ 200__ г.



ПРИЛОЖЕНИЕ Г

**ФОРМА ОТЧЕТА О ВЫПОЛНЕНИИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И/ИЛИ ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ
ПО ВЫЯВЛЕННОМУ/ПОТЕНЦИАЛЬНОМУ НЕСООТВЕТствиЮ**

ОТЧЕТ

о выполнении корректирующих и/ или предупреждающих действий по выявленному/потенциальному несоответствию
от «__» _____ 200__ г.

Подразделение _____

Сроки выполнения плана _____

№	Мероприятие	Ответственный за выполнение	Отметка о выполнении (заполняется руководителем подразделения с указанием срока выполнения)	Оценка результатов выполнения корректирующих/предупреждающих действий

Руководитель подразделения _____
подпись

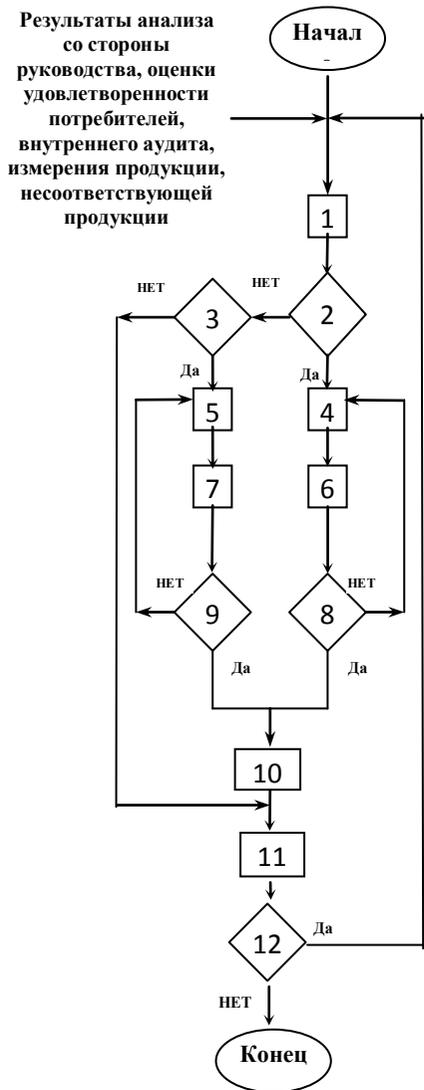
_____ *И.О.Ф.*

Дата «__» _____



ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Карта процесса «Корректирующие и предупреждающие действия»



№ п/п	Наименование действия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель	Согласование	Регламентирующий документ	Записи
1	2	3	4	5	6	7
1	Установление существующего/потенциально го несоответствия и его анализ	По мере поступления информации	Владелец процесса	-		Протоколы совещаний по качеству, внутренние и внешние проверки
2	Следует провести корректирующие действия?	После выполнения действия №1	Владелец процесса	-		-
3	Следует провести предупреждающие действия?	После выполнения действия №2	Владелец процесса	-		-
4	Планирование, разработка и реализация корректирующих действий	После выполнения действия №2	Владелец процесса	С заинтересованной стороной		Распоряжения, журналы
5	Планирование, разработка и реализация предупреждающих действий	После выполнения действия №3	Владелец процесса	С заинтересованной стороной		Распоряжения, журналы
6	Анализ предпринятых корректирующих действий	После выполнения действия №4	Владелец процесса	-		Протоколы совещаний по качеству
7	Анализ предпринятых предупреждающих действий	После выполнения действия №5	Владелец процесса	-		Протоколы совещаний по качеству
8	Предпринятые корректирующие действия результативны?	После выполнения действия №6	Владелец процесса	-		-
9	Предпринятые предупреждающие действия результативны?	После выполнения действия №7	Владелец процесса	-		-



Комратский государственный университет

Отдел менеджмента качества и учебного процесса

Корректирующие и предупреждающие действия | СМК ДП КГУ 8.5-0.1-2015 стр.20

10	Результаты оценки корректирующих/предупреждающих действий	После выполнения действия №8, 9	Владелец процесса	-		-
11	Анализ процесса	Не реже одного раза в год	Владелец процесса	-		Годовой отчет
12	Требуется разработка и внедрение корректирующих действий и предупреждающих действий по результатам анализа процесса?	После выполнения действия №11	Владелец процесса	-		-



**ФОРМА ОТЧЕТА О ВЫПОЛНЕНИИ КОРРЕКТИРУЮЩИХ И ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ
ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АУДИТА СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА**

ОТЧЕТ

**о выполнении корректирующих и предупреждающих действий по результатам аудита
системы менеджмента качества**

от «__» _____ 200__ г.

Подразделение _____

Сроки выполнения плана _____

№	Мероприятие	Ответственный за выполнение	Отметка о выполнении (заполняется руководителем подразделения с указанием срока выполнения)	Верификация принятых мер	Оценка выполнения плана (заполняется ответственным за СМК при контроле, если он был проведен)

Руководитель подразделения _____
подпись

_____ *И.О.Ф.*

Дата «__» _____



ИНФОРМАЦИОННЫЙ ЛИСТ

РАЗРАБОТАНО:

Начальник отдела менеджмента качества

Сибова Е.Х.

СОГЛАСОВАНО:

Представитель руководства по качеству,
Проректор по учебной работе

Султ Г.Г.

УТВЕРЖДЕНО:

Ректор

Арикова З.Н.

