

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН



ATYRAU OIL AND
GAS UNIVERSITY

НАО «АТЫРАУСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ НЕФТИ И ГАЗА
ИМЕНИ САФИ УТЕБАЕВА»



Утверждаю

Председатель Правления – ректор
НАО «Атырауский университет

нефти и газа имени Сафи Утебаева»

Шакуликова Г.Т.

« 08 » 20 22 г.

ПРОЦЕДУРА
ВНУТРЕННИЕ ПРОВЕРКИ

Копия	Код	Издание	Разработано		Согласовано	
			дата	подпись	дата	подпись
	ПРО АУНГ 143-22	первое	Нургалиева Б.Ю.		Байдалинова А.С. Мусинова М.С.	
			16.08.22		17.08.22	
					18.08.22	

г. Атырау, 2022 г

Содержание

1	Общие положения	3
2	Нормативные ссылки	3
3	Термины и определения	4
4	Обозначения и сокращения	5
5	Планирование внутренних проверок	5
6	Подготовка к проведению внутренних проверок	5
7	Проведение проверок	6
8	Оформление результатов проверки	7
9	Обнаружение несоответствия	7
10	Идентификация несоответствия	8
11	Регистрация несоответствий	9
12	Несоответствия в деятельности	9
13	Анализ и обработка несоответствия. разработка и выполнение корректирующих действий	10
14	Анализ корректирующих действий	12
15	Требования к аудиторам	12



1. Общие положения

1.1. Настоящая процедура «Внутренние проверки» (в дальнейшем - Процедура или ПРО АУНГ) разработана с целью управления внутренними проверками системы менеджмента качества, управления несоответствиями, корректирующими действиями, рисками в НАО «Атырауский университет нефти и газа имени Сафи Утебаева» (далее – Университет).

1.2. Требования настоящей процедуры применяются к процессам внутренних проверок системы менеджмента качества, применяются к несоответствующей продукции, обнаруженной на любом этапе жизненного цикла, системе регистрации несоответствий, для устранения причин несоответствий и предотвращения их повторения, определения и устранения причин потенциальных несоответствий (т.е. возможных несоответствий). Требования настоящей процедуры не применимы к аварийным ситуациям.

1.3. Все работы по настоящей процедуре контролирует ответственный по качеству (далее - ОтК).

1.4. Процедура обязательна для исполнения всеми работниками Университета, участвующими в процессах внутренних проверок, управления несоответствиями и разработке корректирующих действий. Внутренние проверки системы менеджмента Университета проводятся штатными сотрудниками, прошедшими соответствующее обучение и получившими необходимую квалификацию внутреннего аудитора. Процессы управления несоответствиями и разработке корректирующих действий относятся ко всем структурным подразделениям.

1.5. Настоящая процедура является внутренним нормативным документом Университета и не подлежит представлению другим сторонам, кроме аудиторов сертификационных органов при проведении проверок системы менеджмента, а также потребителям-партнерам (по их требованию) с разрешения Председателя Правления - ректора Университета.

2. Нормативные ссылки

2.1. Настоящая процедура разработана с учетом требований следующих нормативных документов:

МС ИСО 9000:2015	Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.
МС ИСО 9001:2015	Системы менеджмента качества. Требования.
МС ИСО 19011:2011	Руководящие указания по аудиту систем менеджмента
СТ РК ИСО 9000-2016	Система менеджмента качества. Основные положения и словарь
СТ РК ИСО	Система менеджмента качества. Требования

9001-2016

РК АУНГ 141-22 Руководство по качеству.

ПРО АУНГ 091-22 Управление документацией и записями.

ПРО АУНГ 142-22 Анализ со стороны руководства.

2.2. Настоящая процедура вводит в действие следующие формы:

Ф АУНГ 143-01-22	План-график проведения внутренних проверок.
Ф АУНГ 143-02-22	Программа-отчет внутренней проверки.
Ф АУНГ 143-03-22	Чек-лист.
Ф АУНГ 143-04-22	Журнал регистрации и выдачи программ-отчетов внутренних проверок.
Ф АУНГ 143-05-22	Акт по несоответствующей продукции
Ф АУНГ 143-06-22	Журнал регистрации несоответствий
Ф АУНГ 143-07-22	Критерии качества проведения занятий
Ф АУНГ 143-08-22	Паспорт риска
Ф АУНГ 143-09-22	План-отчет мероприятий по предотвращению появления рисков
Ф АУНГ 143-10-22	Сводный отчет-анализ по выполнению мероприятий по устранению рисков всеми подразделениями университета

3. Термины и определения

Процесс аудита	представляет из себя выборочный сбор свидетельств аудита, т.е. фактов и информации касательно цели аудита, их оценивания относительно критериев аудита, чтобы определить степень выполнения критериев аудита.
Аудитор	лицо, которое проводит аудит.
Главный аудитор	Ответственное лицо за аудит.
Группа по аудиту	один или несколько аудиторов, проводящих аудит.
Корректирующие действия	действия, предпринятые для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.
Коррекция	действия, предпринятые для устранения обнаруженного несоответствия
Наблюдение	результаты оценки собранных свидетельств ауди-

	та по критериям аудита и указывают на соответствие или несоответствие, возможности для улучшений, наилучшую практику
Несоответствие	невыполнение требования.
Объективное доказательство	данные, подтверждающие наличие или правдивость чего либо.
Технический эксперт	Лицо, предоставляющее аудиторской группе специальные знания или экспертное заключение

4. Обозначения и сокращения

ИСО	международная организация по стандартизации.
МС	международный стандарт.
СТ РК	национальный стандарт Республики Казахстан
СМК	система менеджмента качества.
ПРК	представитель руководства по качеству.
ОтК	ответственный по качеству.
Университет	НАО «Атырауский университет нефти и газа им. Сафи Утебаева».
ПРО АУНГ	процедура Университета.

5. Планирование внутренних проверок

5.1. В начале учебного года ОтК составляет проект плана-графика проведения внутренних проверок на предстоящий учебный год по форме Ф АУНГ 141-01-22.

5.2. При составлении план-графика следует учитывать, что все подразделения Университета, входящие в организационную структуру СМК, должны быть проверены в течение года. Может также проверяться деятельность в рамках СМК отдельных должностных лиц. С целью обеспечения объективности внутреннего аудита не планируется проведение аудита в Службе качества и рейтинга (далее-Служба). Оценка Службы проводится ежегодно по результатам аудитов, проводимых внешними аудиторами СМК.

5.3. Проект плана-графика ОтК передает Председателю Правления - ректору на утверждение.

5.4. Утвержденный план-график внутренних проверок должен появиться не позднее первых рабочих дней сентября планируемого учебного года.

5.5. ОтК рассылает план-график проведения внутренних проверок системы менеджмента всем ответственным по процессам (руководителям подразделе-

ний), включенным в график проверки, а также главным аудиторам и помещает документ в дело с материалами по внутренним проверкам.

5.6. При возникновении особых ситуаций в процессе деятельности Университета, например, появлении претензий от заказчиков, а также по требованию заказчиков, могут быть проведены внеплановые внутренние проверки СМК на основании соответствующего приказа Председателя Правления - ректора.

6. Подготовка к проведению внутренних проверок

6.1. В соответствии с утвержденным планом-графиком внутренних проверок, примерно за 1 неделю до проведения внутреннего аудита СМК назначается приказом Председателя Правления - ректора Университета главный аудитор и группа по аудиту для проведения внутренней проверки структурных подразделений или должностных лиц Университета, определяются даты проведения проверки. При подборе группы по аудиту учитываются требования в соответствии с разделом 10 настоящей процедуры.

Решаются вопросы привлечения при необходимости технических экспертов из числа сотрудников Университета для проведения внутренней проверки.

6.2. Главный аудитор до проверки составляет программу проверки (Ф АУНГ 143-02-22). В программе внутренней проверки должно быть учтено наличие претензий, полученными подразделениями, результаты предыдущих внутренних и внешних проверок, важность и сложность выполняемых работ.

6.3. При составлении программы внутренней проверки главный аудитор:

- формулирует цели проверки;
- определяет объем проверки;
- уточняет методы и критерии проверки;
- представляет на согласование заинтересованным лицам и на утверждение Председателю Правления - ректору Университета.

6.4. Главный аудитор осуществляет ознакомление с утвержденной программой проверки всех членов группы аудиторов под роспись.

6.5. Не позднее, чем за три дня до начала внутренней проверки, главный аудитор передает программу внутренней проверки ОтК.

6.6. ОтК должен после получения программы:

- зарегистрировать программу в журнале (Ф АУНГ 143-04-22);
- изготовить копию программы;
- передать копию программы руководителю проверяемого подразделения или в его отсутствие должностному лицу под роспись в журнале (Ф АУНГ

143-04-22) и дать необходимые разъяснения о сроках и целях проверки, составе группы auditors.

6.7. Руководитель подразделения извещает своих сотрудников о предстоящей проверке и готовит к проверке необходимые документы.

7. Проведение проверок

7.1. Перед началом внутренней проверки Главный аудитор должен получить оригинал программы у ОтК.

7.2. Внутренняя проверка СМК начинается со вступительного совещания группы auditors с руководителем (или представителем подразделения) и персоналом проверяемого подразделения. На совещании производится разъяснение целей, объема, методов и критерий проверки, а также дается разъяснение других требований проверки. Формат вступительного совещания может быть простым или официальным. Простой формат вступительного совещания состоит из информирования о начале проверки. Официальный формат предусматривает ведение протокола совещания.

7.3. Продолжительность совещания не должна превышать пяти минут.

7.4. В процессе проведения внутренней проверки производится сбор объективных доказательств посредством опроса персонала проверяемого подразделения (должностного лица), изучения документов и проведения наблюдений за деятельностью и производственной средой. При этом обязательно производится проверка ведения дел, внутренних и внешних документов и исполнение запланированных работ персоналом подразделения. Методы для проведения проверки являются: опрос сотрудников на рабочих местах, анализ документации и наблюдение за деятельностью и производственной средой.

7.5. Все данные, полученные при проверке, аудиторы конспектируют, при необходимости, в чек-листе (Ф АУНГ 143-03-22). Записи в чек-листах должны быть достаточными для осуществления обсуждения результатов проверки.

7.6. Проверка не должна продолжаться более одного часа.

7.7. Завершается внутренняя проверка СМК проведением заключительного совещания, на котором происходит ознакомление с предварительными результатами проверки, уточняются неясные детали, выясняются мнения сторон, даются ответы на вопросы. Главный аудитор высказывает общие рекомендации по улучшению работы подразделения в рамках СМК. Формат заключительного совещания может быть простым или официальным. Простой формат заключительного совещания состоит из информирования о завершении проверки. Официальный формат предусматривает ведение протокола совещания.

8. Оформление результатов проверки

8.1. По завершению проверки главный аудитор обсуждает с другими аудиторами результаты, анализирует обнаруженные несоответствия, уточняет, какие документы, разделы или пункты были нарушены.

8.2. По результатам анализа главный аудитор заполняет Отчет по внутренней проверки (Ф АУНГ 143-02-22), регистрируя каждое обнаруженное несоответствие. Отчет подписывает Главный аудитор и члены аудиторской группы.

8.3. Отчет по результатам внутренней проверки оформляются главным аудитором в течение 3-х рабочих дней после окончания проверки.

8.4. Главный аудитор должен ознакомить руководителя подразделения или в его отсутствие представителя подразделения с отчетом проверки под роспись (в отчете).

8.5. Далее, Главный аудитор снимают для себя копию с отчета и передает оригинал ОтК.

8.6. ОтК изготавливает необходимое количество копий отчета и рассылает их заинтересованным лицам под роспись в журнале (Ф АУНГ 143-04-22).

9. Обнаружение несоответствия

9.1 Несоответствия определяются:

- по жалобам и претензиям потребителей на качество и доступность предоставляемых образовательных услуг, на непредставление запрашиваемой информации и другие несоответствия деятельности Университета;
- по результатам проверки Политики и Целей в области качества и анализа СМК со стороны руководства;
- в процессе внутренних проверок;
- по результатам проверки внутренних нормативных документов на соответствие деятельности Университета;
- по несоответствующей продукции;
- по результатам анализа соответствия деятельности Университета стратегическим целям и задачам развития в области образования;
- по результатам анализа эффективности реализации отраслевых программ;
- по результатам анализа эффективности качества предоставляемых образовательных услуг;
- по результатам анализа эффективности организационной структуры;
- в процессе проверки со стороны государственных органов;
- Министерство образования и науки Республики Казахстан;
- Комитет по языкам Министерства культуры и информации Республики Казахстан и другие;
- в процессе инспекционной или сертификационной проверки со стороны органов по сертификации;

- в процессе проведения запланированных мероприятий по поддержанию инфраструктуры;
- по результатам анализа и оценки ресурсов (аттестация специалистов, качество компьютерной и оргтехники и другие);
- по результатам мониторинга и измерений процессов (выполнение графиков проведения контроля, организация семинаров, выполнение плана работ по деятельности и другие) и в других случаях.

10. Идентификация несоответствия

10.1 Ответственность за выявление несоответствий возлагается на всех специалистов Университета в пределах их полномочий и компетенции.

10.2 Любой специалист Университета, выявив несоответствие, например, касающееся документации, оборудования, условий труда, системы менеджмента качества и так далее, должен информировать об этом непосредственного руководителя структурного подразделений (должностное лицо) Университета.

10.3 Кроме этого, руководители структурных подразделений (должностные лица) Университета проводят анализ рисков потенциальных несоответствий, связанных с:

- изменениями требований законодательства Республики Казахстан;
- основными показателями качества и доступности предоставления образовательных услуг;
- реализацией программы развития системы образования Республики Казахстан;
- требованиями вышестоящего государственного органа;
- административной реформы;
- квалификацией персонала;
- внедрением новых и пересмотром действующих процессов;
- реорганизацией структуры управления;
- внедрением нового оборудования, включая программные средства;
- изменениями в инфраструктуре;
- изменениями требований потребителей;
- изменениями в нормативных правовых актах;
- другими ситуациями.

11. Регистрация несоответствий

11.1. По выявленным несоответствиям, включая потенциальные несоответствия, предпринимаются следующие действия:

- специалист, определивший несоответствие, докладывает о нем своему непосредственному руководителю (устно или в форме служебной записки);
- если причины несоответствия самостоятельно может устранить обнаруживший его специалист, а последующие действия не затрагивают полномо-

чий и ответственности других сторон, то он должен немедленно выполнить коррекции и/или корректирующие действия, о чем также докладывает своему непосредственному руководителю. В этом случае регистрация несоответствий не требуется.

- руководитель структурного подразделения (должностное лицо) Университета анализирует несоответствие с целью определения причин;
- если по выявленным причинам несоответствия руководитель структурного подразделения (должностное лицо) устанавливает, что они устранимы силами и средствами подразделения, то он самостоятельно регистрирует несоответствие и разрабатывает корректирующие действия в журнале регистраций несоответствий;
- если по выявленным причинам несоответствия руководитель структурного подразделения (должностное лицо) устанавливает, что эти причины невозможно устранить силами и средствами подразделения, то он информирует вышестоящего руководителя (устно или в форме служебной записки), что означает также передачу ответственности за регистрацию, анализ и принятие корректирующих действий;
- производится регистрация несоответствия в журнале регистрации несоответствий в деятельности (Ф АУНГ 143-06-22).

11.2 Информировать высшее руководство Университета по обнаруженному несоответствию допускается только в письменной форме, кроме случаев, не допускающих промедление.

11.3 В случае, когда служебная записка по несоответствию поступает на имя высшего руководства, руководство организует выполнение необходимых корректирующих действий.

12. Несоответствия в деятельности

12.1. Несоответствия в Университете выявляются в процессах:

- входного контроля закупаемой продукции;
- контроля качества на различных стадиях жизненного цикла услуг;
- контроля качества образовательных услуг;
- внутренних проверок качества;
- самоконтроля работ со стороны исполнителей;
- при анализе и обработке претензий в адрес Университета.

Примеры несоответствий в процессах поддержания СМК:

- отсутствие планирования в вопросах разработки, внедрения, поддержания и улучшения СМК;
- несвоевременное проведение анализа СМК и принятия решения по оценке результативности СМК, выделения необходимых ресурсов;

- Отсутствия обучения сотрудников в области СМК;
- Не проведение оценки удовлетворенности потребителей;
- Наличие значительных несоответствий по результатам внешнего аудита СМК;
- нарушение сроков проведения актуализации;
- несвоевременное информирование ответственных за актуализацию документации об изменениях во внешних, внутренних документах;
- истечения срока действия договора на актуализацию внешних документов и другие.

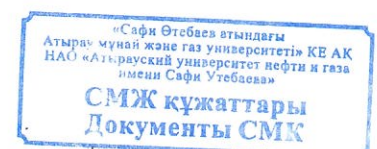
Примеры несоответствий, возникающих в процессе образовательной деятельности:

- отсутствие входного контроля при проведении комплексного тестирования в начале учебного года для проверки базы и уровня знаний обучающихся первого курса по базовым дисциплинам образовательных программ;
- результаты промежуточного государственного контроля знаний обучающихся;
- претензии работодателей;
- замечания руководителей практик предприятий и организаций;
- претензии родителей, как потребителей образовательных услуг Университета;
- обучающиеся, не набравшие необходимое количество баллов в течении семестра или не сдавшие экзаменационную сессию;
- нарушение учебной дисциплины обучающимися (непосещение занятий, неподготовленность к учебным занятиям, нарушение календарного графика контрольных мероприятий);
- недостаточно эффективная организация учебного процесса;
- нарушение графика выдачи программ дисциплин для обучающихся, заданий на СРС (курсовых работ и проектов, домашних работ, расчётно-графических работ и т.п.) и консультаций по дисциплинам;
 - отсутствие и/или низкое качество учебно-методического обеспечения учебного процесса по дисциплинам (учебники, пособия, методические указания, программы, планы, раздаточный материал);
 - низкая квалификация преподавателей и другие.

13. Анализ и обработка несоответствия. разработка и выполнение корректирующих действий

13.1. Анализ несоответствия

Руководители структурных подразделений Университета в целях управления несоответствиями в деятельности осуществляют следующие действия:



- проводят анализ содержания и характера, причин несоответствий, выявленных в ходе осуществления функций и предоставления образовательных услуг и зарегистрированных в структурных подразделениях Университета;
- проводят анализ негативных последствий, которые повлекли или могли повлечь выявленные несоответствия;
- разрабатывают корректирующие и предупреждающие действия для несоответствий в журнале по форме (Ф АУНГ 143-06-22);
- обеспечивают выполнение планов корректирующих и предупреждающих действий в соответствии с компетенцией и полномочиями подразделения;
- готовят отчет о несоответствиях;
- представляют отчет о несоответствующей продукции на Учебно-методический совет.

13.2 ОтК в целях управления несоответствий в деятельности Университета осуществляет следующие действия:

- проводит анализ несоответствий;
- готовит сводный отчет о несоответствии (Ф АУНГ 143-10-22) ;
- при выявлении серьезных несоответствий разрабатывает план корректирующих и предупреждающих действий;
- принимает решения по представленным отчетам о несоответствиях.

13.3 При несоответствиях, требующих более тщательного анализа ОтК рассматривает представленный проект плана корректирующих действий, утверждает представленный проект плана либо информирует Председателя Правления-ректора о необходимости издания приказа о создании специальной комиссии по рассмотрению несоответствий с назначением руководителя рабочей комиссии из состава высшего руководства Университета и из числа компетентных специалистов и руководителей соответствующих подразделений.

13.4 Назначенная комиссия осуществляет следующие действия:

- проводит тщательный анализ и определяет несоответствия, вызвавшие появление несоответствия;
- определяет причины несоответствий;
- принимает решение по несоответствию, включая необходимые корректирующие действия и ответственность по устранению причин, вызвавших несоответствия, гарантирующие исключение повторного появления несоответствующей продукции;
- рассматривает необходимость пересмотра процедур СМК;
- разрабатывает план корректирующих и предупреждающих действий.

13.5 Проверка корректирующих действий

Ответственность за контроль и проверку выполнения корректирующих действий возлагается на:

- ОтК;
- руководителей соответствующих подразделений;
- внутренних аудиторов.

13.6 Примеры принимаемых решений:

- заявления обучающихся о переносе сроков сдачи экзаменов;
- заявления обучающихся о повторном курсе обучения;
- обучение сотрудников и другие.

13.7 В случае, когда несоответствие выявлено после поставки или начала использования разрабатываются мероприятия, включающие в себя:

- информирование потребителя о поставке несоответствующей продукции;
- разработку мероприятий по устранению несоответствий (возможно совместно с потребителем);
- урегулирование претензий от потребителя (если таковые имели место) путем утверждения запланированных мероприятий и их результатов.

13.8 По результатам анализа выявленного несоответствия продукции заполняется акт. В акте указываются принятые решения.

13.9 Продукция после коррекции или корректирующих действий повторно проверяется в соответствии с документально установленными требованиями.

13.10 Акты помещаются в соответствующее дело, установленное по номенклатуре дел Университета (ПРО АУНГ 091-22).

14. Анализ корректирующих/предупреждающих действий

14.1 Ответственный за корректирующие/предупреждающие действия обязан:

- проанализировать и определить критерии оценки результативности выполненных мероприятий по корректирующим/предупреждающим действиям в зависимости от значимости несоответствия, его последствий и устранения причин несоответствия;
- оценить результативность выполненных мероприятий по корректирующим/предупреждающим действиям;
- при необходимости разработать и осуществить новые мероприятия до устранения причин несоответствия.

14.2 Анализ результативности предпринятых корректирующих/предупреждающих действий осуществляют также внутренние аудиторы при проведении проверок соответствующих структурных подразделений (должностного лица) Университета.

14.3 Анализ результативности предпринятых корректирующих/предупреждающих действий направляется ОтК для принятия решений по обеспечению постоянных улучшений системы менеджмента качества Университета при проведении анализа СМК.

15. Требования к аудиторам

15.1. К проведению внутренних проверок привлекаются работники Университета, прошедшие обучение по специальному курсу подготовки внутренних аудиторов СМК.

15.2. Не реже одного раза в 3 года внутренние аудиторы проходят обучение для подтверждения их квалификации в специализированных организациях по обучению.

15.3. Руководство Университета при отборе кандидатур менеджеров для обучения и работы (экспертами) аудиторами внутренних проверок СМ учитывает требования МС ИСО 9001:2015. Подбираются работники, пользующиеся авторитетом в Университете, спокойные, коммуникабельные, уравновешенные, умеющие отстаивать свое мнение.

15.4. В целях обеспечения независимости и объективности для осуществления конкретной проверки назначаются аудиторы, не работающие в проверяемом подразделении.

15.5. С целью обеспечения объективности внутреннего аудита не планируется проведение аудита в Службе. Оценка отдела проводится ежегодно по результатам аудитов, проводимых внешними аудиторами СМК.

15.6. Количество подготовленных аудиторов определяется по числу сотрудников Университета с таким расчетом, чтобы обеспечить непрерывность процесса внутренних проверок.



Утверждаю
 Председатель Правления-ректор
 НАО «Атырауский университет нефти и газа
 имени Сафи Утебаева»

Ф.И.О. _____
 « ____ » _____ 20 ____ г.

ПЛАН-ГРАФИК
проведения внутренних проверок в НАО «Атырауский университет нефти и газа им. С Утебаева»
на 20 ____ / ____ учебный год

№ п/п	Наименование подразделения	Месяцы												Ф. И. О. проверяющего аудитора	Отметки о выполнении или переносе сроков проверки	
		сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь	январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	

Руководитель _____ (наименование подразделения по качеству) _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)



ПРОГРАММА ВНУТРЕННЕЙ ПРОВЕРКИ		№ _____	
Наименование подразделения:	Дата и время проверки	« ____ » ____ 20 ____ г. « ____ - ____ » ч.	
Ф.И.О. представителя подразделения:	Основание для проверки	план-график	
Цели проверки:	1. Удостовериться в том, что система менеджмента в подразделении соответствует критериям аудита.		
	2. Определить, что система менеджмента внедрена, поддерживается, улучшается и достигает результативности.		
	3. Определить выполнение запланированных мероприятий.		
	4. _____		
	5. _____		
Объем проверки:	1. Процесс: управление документацией и записями.		
	2. _____		
	3. _____		
Метод проверки:	Экспертный (проверка соответствия)		
Критерии проверки:	МС ИСО 9001:2015, Политика, Цели, планы, внутренние нормативные документы, внешние нормативные документы, организационные документы		
Группа аудиторов:	Главный аудитор	_____ Ф.И.О. главного аудитора _____	_____ подпись
	Аудитор	_____ Ф.И.О. аудитора _____	_____ подпись
	Аудитор	_____ Ф.И.О. аудитора _____	_____ подпись
ОТЧЕТ ПО ВНУТРЕННЕЙ ПРОВЕРКЕ (заполняется по результатам проверки)		Сроки выполнения корректирующих действий	
Обнаруженные несоответствия:	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
Главный аудитор		_____	_____ подпись
Я, представитель проверенного подразделения, согласен с обнаруженными в ходе проверки несоответствиями и обязуюсь осуществить по ним корректирующие действия*		_____ Ф.И.О. представителя подразделения _____	_____ подпись
Данный отчет направить:	1. Оригинал — Ответственному по качеству.		
	2. Копию — Представителю проверенного подразделения.		
	3. Копию — _____		
Выполнение корректирующих действий подтверждаю:		_____ дата _____ Ф.И.О. главного аудитора _____	_____ подпись

*Записи по корректирующим действиям должны быть отражены в Журнале регистрации несоответствий проверенного подразделения

«С.Өтебаев атындағы АТМГУ» КеАҚ
Форма НАО «АУНГ им.С.Утебаева»

ЧЕК-ЛИСТ №

Консультант (Ф. И. О.)	Проверяемое подразделение	Представитель проверяемого подразделения (Ф. И. О., должность)	Дата/ время
Вопросы		Пункт МС ИСО 9001:2015	Обнаружения
№	Раздел 4. Контекст организации.		
1	Определена и где документирована область применения СМК? Наличие разрешительных документов (контракт и соглашения, правоустановочные документы). Наличие оргструктуры.	4.3	
2	Какие процессы производства продукции/ предоставления услуг определены? Существуют ли процессы системы СМК, которые распространяются за пределы организации? Как осуществляется управление такими процессами? Взаимодействие процессов. Риски и возможности процессов.	4.4	
3	Определены ли заинтересованные стороны при осуществлении деятельности, кто?	4.	
4	Имеются ли документация по контексту организации (свод анализ, входные данные к стратегическому планированию, стратегия продаж, стратегия развития и др.)?	4.	
5	Раздел 5. Лидерство и приверженность Как распределена ответственность в рамках системы СМ среди представителей высшего руководства? Как высшее руководство доводит до персонала важность удовлетворения требований потребителя, а также регламентирующие и законодательные требования? Какими видами ресурсов обеспечена деятельность организации и как фактически высшее руководство обеспечивает организацию необходимыми ресурсами?	5.1	
6	Имеются ли определенные цели и задачи поставленные руководством перед работниками подразделения? (стратегическое планирование, операционное планирование). Отчетность.	5.1.1 6.1.1	
7	Определена ли основная цель организации и какова она? Отвечают ли положения политики качества (ПК) основной цели организации, соответствует ли назначению и контексту, поддерживает ли стратегическое направление? Заявлены ли в ПК обязательства по: -удовлетворению требований потребителей?	5.2	

«С.Өтебаев атындағы АТМГУ» КеАҚ
Улгілері
Форма-НАО «АУНГ-Ім.С.Утебаев»


	<p>-постоянному улучшению СМК? Как предполагается повышать результативность системы СМК? Являются ли ПК основой для определения целей качества? Как осуществляется пересмотр задач и целей качества? Как ПК доводится до сведения персонала организации, до заинтересованных сторон? Как можно убедить, что ПК понимается всем персоналом организации?</p>		
8	<p>Как определены полномочия и ответственность персонала, в том числе в рамках СМК? Как обеспечена информированность во всех подразделениях организации об ответственности и полномочиях остальных подразделений и служб? (доведения до сведения)</p>	5.3	
9	<p>Какая отчетность устанавливается по показателям СМК для предоставления высшему руководству?</p>	5.3с)	
	<p>Раздел 6. Планирование. Действия по рискам. Цели качества и планирование их достижения</p>		
10	<p>Какие риски были идентифицированы в деятельности (документированная информация по рискам) Какие действия организация планирует по рискам и возможностям? (варианты обращения с рисками).</p>	6.1.2	
11	<p>Каков порядок определения целей качества? (входные данные). Какие цели качества ставит организация перед собой на сегодняшний день? Какие из установленных целей качества направлены на удовлетворение требований к продукции? Как распространяются эти цели на все уровни организации? Связаны ли цели с бизнес-процессами? Являются ли цели качества измеримыми (например)? Как согласуются ли цели качества с политикой качества?</p>	6.2.1	
12	<p>Как доводятся цели качества до сведения, как обновляются при необходимости, как оцениваются результаты</p>	6.2.1	
	<p>Раздел 7. Поддержание. Инфраструктура, производственная среда</p>		
13	<p>Как поддерживается надлежащее состояние инфраструктуры? (планы и ответственные по обслуживанию служебных и вспомогательных помещений подразделения) Инструкция «Техническое обслуживание зданий и сооружений»</p>	7.1.3а)	
14	<p>Какое оборудование необходимо для процесса производства продукции? (ответственный, записи по поддержанию оборудования, графики ППР, ТО). Инструкция «Управление оборудованием»</p>	7.1.3б)	

15	Учет, планирование, поддержание (ответственность, потребность, списание) КМТ и ВТ. Используется ли программное обеспечение для мониторинга и измерений? Как подтверждается способность программного обеспечения, используемого для этих целей, выполнять намеченные задачи? Инструкция «Управление офисной техникой»	7.1.3б)	
16	Какие вспомогательные службы функционируют в организации (транспорт, связь, т.п.)?	7.1.3с)	
17	Проводятся ли мероприятия по технике безопасности в подразделениях (журнал по ТБ, средства пожаротушения и индивидуальной защиты). Какие факторы производственной среды могут влиять на соответствие продукции установленным требованиям? Какие факторы производственной среды могут влиять на соответствие продукции установленным требованиям? (аттестация рабочих мест). Наличие инструкций по видам профессий и видам работ. Как проводится оценка соответствия требованиям законодательства в области ТБ, ОС, ООС	7.1.4	
	Раздел 7. Прослеживаемость измерений		
18	Какие виды контроля и измерений применяются для доказательства соответствия продукта установленным требованиям? На каких этапах производственного цикла производятся измерения? Какие параметры продукции проверяются? Какие КИП применяются? Наличие документированной информации (договора, графики, сертификаты) Как КИП защищается от повреждений при обращении, обслуживании, хранении? Имеются ли случаи обнаружения несоответствия КИП требованиям, предъявляемым к нему (например, при поверке)? Как обеспечивается непрерывность процесса	7.1.5.2	
	Раздел 7. База знаний		
19	Ответственные лица. Инструкция «Управление техническим фондом». Обеспечение доступа работников.	7.1.6	
	Раздел 7. Человеческие ресурсы. Компетентность. Осведомленность, информационный обмен.		
20	Какой персонал выполняет работы, влияющие на качество продукции? Какие установлены требования к образованию, опыту работы, проф. подготовке, квалификации и обучению: • ИТР? • рабочих основных специальностей? • вспомогательного персонала?	7.1.2	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>«С.Өтебаев атындағы АТМТУ» КсАҚ Үлгілері Форма НАО «АУНГ им.С.Утебаев»</p> </div>

	Есть ли зарегистрированные должностные инструкции и положения о подразделениях? (проверить наличие, утверждение и регистрацию)		
21	<p>Определена ли потребность в подготовке и повышении квалификации персонала?</p> <p>Как и где осуществляется подготовка и дополнительное обучение для поддержания компетенции персонала в соответствии с установленными требованиями? (примеры)</p> <p>Планирование процессов обучения, оценки персонала.</p> <p>Как оценивается результативность и эффективность обучения и переподготовки персонала.</p> <p>Как проводится обучение и как оценивается компетенция персонала в области системы СМ?</p>	7.2	
22	<p>Как определяется понимание персоналом организации важности и значимости своей деятельности в достижении целей качества и безопасности?</p>	7.3	
23	<p>Где регистрируются данные об образовании, профессиональной подготовке, квалификации и опыте персонала (личные дела работников)?</p> <p>Ведение кадрового делопроизводства (журналы, приказы по личному составу и т.д.)</p> <p>Инструкция «Управление персоналом»</p>	7.2	
24	<p>Как происходит информирование всех подразделений организации по СМ? (виды, методы, мониторинг процесса)</p>	7.4	
	Раздел 7. Документированная информация		
25	<p>Содержат ли ВНД идентификацию и описание (наименование, дату, номер и т.д.).</p> <p>Проводится ли согласование и утверждение? (наличие подписей)</p>	7.5.2 а)	
26	<p>Имеются ли в подразделениях зарегистрированные документы, формы, доступ к ним? (комплектность по рассылке, регистрация и утверждение).</p> <p>Есть ли в делах устаревшие или не утвержденные документы? (проверить подписи и наличие устаревших документов)</p>	7.5.3.1	
27	<p>Есть ли номенклатура дел подразделения? (проверить) Упорядочены ли дела согласно номенклатуре дел? (проверить место и порядок хранения документов). Оформлены ли дела? (этикетки, описи дел).</p> <p>Имеется ли Положение по ЭК, состав её, наличие протоколов? Наличие архива и порядок управления архивом, назначение ответственных лиц, документированная информация по процессу управления архивом.</p>	7.5.3.2 а),	
28	<p>Каков порядок управления изменениями в ВНД СМ?</p>	7.5.3.2 с),	
29	<p>Идентифицированы ли документы внешнего происхождения? (код или штамп на внешнем документе)</p>	7.5.3.2	
	Раздел 8. Функционирование		
30	<p>Планируется ли работа подразделения? (проверить утвержденные планы, графики и т.д.)</p>	8.1	

«С.Етебаев атындагы АІМТУ» КеАҚ
Улгілері
Фотма НАО «АУНГ им.С.Утебаев»

31	<p>Определены ли требования к продукции? (законодательные и нормативные требования, технические спецификации, проекты и т.д.)</p> <p>8.2.1</p>	
32	<p>Как передписанием каждого контракта или началом поставки продукции анализируются конкретные требования к продукту (см. р. 7.2.1)?</p> <p>Как при анализе учитываются возможные различия между уже изложенными в контракте требованиями и измененными требованиями?</p> <p>Как определяется способность организации выполнить определенные в контракте требования?</p> <p>Как фиксируется и регистрируется проведение такого анализа требований перед началом выпуска продукции (протоколы)?</p> <p>Как в случае предъявления заказчиком незадокументированных требований, уточняет и согласовывает их организация перед принятием?</p> <p>8.2.1</p>	
33	<p>Участует ли подразделение в принятии договорных обязательств (копии договоров, листы согласования и т.д.)?</p> <p>8.2.2</p>	
34	<p>Имеется ли связь с потребителем? (отзывы и т.д.)</p> <p>Какие каналы используются для связи с потребителями?</p> <p>Как информируется заказчик о продукции организации?</p> <p>Каким образом организация узнает о требованиях потребителей к продукции?</p> <p>Как происходит:</p> <ul style="list-style-type: none"> - прием заказов, - согласование с потребителями условий контрактов, - изменений к ним? <p>По каким каналам связи предусмотрено поступление отзывов (в т.ч. и жалоб) потребителей о продукции?</p> <p>8.2.3</p>	
35	<p>Как обеспечивается внесение изменений требований к продукции в соответствующую документацию?</p> <p>Как информируется о таких изменениях соответствующий персонал организации?</p> <p>8.2.4</p>	
36	<p>Какие виды продукции закупает организация?</p> <p>Какие из закупок больше всего влияют на качество конечной продукции?</p> <p>Какая информация о каждом поставщике содержится в реестре?</p> <p>8.4.2</p>	
37	<p>В каком порядке и по каким критериям происходит первоначальный выбор поставщиков?</p> <p>Как и по каким критериям производится оценка поставщиков?</p> <p>8.4.2</p>	
38	<p>Какие виды и объемы контроля применяются к поставщикам?</p> <p>В зависимости от чего определяются такие виды контроля поставщиков?</p> <p>Какие критерии положены в основу повторной оценки поставщиков?</p> <p>Где регистрируются результаты проведения первоначальной и повторной оценки поставщиков и принятие соответствующих мер по их результатам?</p> <p>8.4.2</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>«С.Өтебаев атындағы АТМУ» КеАК Үлгілері Форма ҒАО «АУНГ им.С.Утебаев»</p> </div>

	<p>(протоколы)</p> <p>Информация о закупке. В каком виде оформляются требования к закупке? Какую информацию содержат эти требования? Какие виды и объемы контроля применяются к закупаемой продукции? Содержит ли информация о закупке: - требования для подтверждения соответствия закупаемой продукции? - требования для одобрения процессов производства закупаемой продукции? - требования для одобрения оборудования, используемого при производстве закупаемой продукции? - требования к квалификации персонала поставщика? - требования к системе СМК поставщика? Кто и каким образом утверждает данные на закупку перед выдачей заказа поставщику? Каким образом поставщику сообщаются требования к закупке? Проверка закупленной продукции. 1. Где определены виды и объемы контроля закупаемой продукции и поставщиков? 2. Как проверяется соответствие закупаемой продукции установленным требованиям (виды контроля)? 3. Где фиксируются результаты такого контроля? 4. Проводится ли проверка закупаемой продукции у поставщика? 5. Определена ли возможность и условия такой проверки в контрактах на поставку?</p>	8.4.2	
40	<p>Имеются ли на рабочих местах инструкции по применению оборудования, компьютерных программных средств, устройств для мониторинга и измерений? (проверить)</p>	8.5.1	
41	<p>Обслуживается и управляется ли оборудование подразделения? (планы, ответственность)</p>	8.5.1	
42	<p>На каких этапах предусмотрена идентификация продукция? Какая продукция, выпускаемая организацией, подлежит идентификации в процессе ее создания? Какими способами производится идентификация продукции на разных этапах ее создания? Отражается ли в идентификации продукции ее статус по результатам контроля и измерений: - по результатам входного контроля? - по результатам контроля в процессе производства? Каким образом? - по результатам окончательного (выходного) контроля? Каким образом? Является ли прослеживаемость продукции обязательным требованием? Если да, то, каким образом осуществляется индивидуальная</p>	8.5.2	 <p>«С.Әтебаев атындағы АқМҒУ» КеАК үлгілері Форман АНО «АУНГ ім.С.Ұтебаев»</p>

	<p>идентификация продукции, ее прослеживаемость в процессе производства» Где фиксируются результаты прослеживания? (протоколы)</p>		
43	<p>Обеспечивается ли сохранность собственности потребителя в подразделении? (к примеру информационная собственность потребителей, государственные секреты и т.п.) Использует ли организация продукцию, поставляемую потребителем? Идентифицируется ли в организации собственность потребителя? Как? Как обеспечивается сохранность собственности потребителя? Сообщается ли потребителю о таких случаях утери, повреждения или другого вывода из строя его собственности? В какой форме? Где это фиксируется? (протоколы) Оперирует ли организация интеллектуальной собственностью потребителя? Какой? Как обеспечивается сохранность такой собственности?</p>	8.5.3	
44	<p>На каких этапах производственного цикла предусмотрено хранение продукции или ее частей? Какие требования к хранению установлены? Согласно каким документам? Как обеспечивается соблюдение этих требований и как это подтверждается (протоколы регистрации параметров, инструкции)? Какая сопроводительная документация прилагается при поступлении продукции на склад? Как идентифицируется продукция при хранении? Какие данные отражаются при идентификации? Как обозначается несоответствующая продукция? .Если существует несколько складских помещений, идентифицируются ли они соответствующим образом? Существует ли схема складских помещений, позволяющая однозначно определить местонахождение продукции? Выделены ли на складах места для несоответствующей продукции? Как производится упаковка продукции? Каков порядок прсхождения продукции от выходного контроля до склада готовой продукции? Какие установлены требования к поставке продукции по указанному назначению? Согласно, каким документам? Как обеспечивается соблюдение этих требований и как это подтверждается (протоколы, инструкции)? Как идентифицируется продукция при поставке? Какая сопроводительная документация прилагается при поступлении продукции на склад? При отгрузке?</p>	8.5.4	<div data-bbox="1305 197 1422 546" style="border: 1px solid blue; padding: 5px; text-align: center;"> <p>«С.Өтебаев атындағы АТМГУ» КеАҚ Үлгілері Форме ЭАО «АУНГ им.С.Утебасы»</p> </div>

45	<p>Определена ли деятельность по: -выпуску продукции? -поставке продукции? -обслуживанию продукции после поставки потребителю?</p>	8.5.5	
46	<p>Мониторинг и измерения: наличие средств измерения, управляемые условия (проверить поверку)</p>	7.1.5.2	
<p>Раздел 9, 10. Оценивание показателей. Улучшения</p>			
47	<p>Получение и использование информации об удовлетворенности потребителя (отзывы, анкеты, анализы и т.д.). Какие критерии действуют для определения степени удовлетворенности потребителя (заказчика) деятельностью организации? Какими методами собирается информация о восприятии потребителем (заказчиком) продукции или услуг организации? 5. Как обрабатывается и анализируется полученная информация? 6. Какие меры предпринимаются по результатам анализа такой информации?</p>	9.1.2	
48	<p>Какие определены основные заказчики продукции или услуг организации? Какие определены конечные потребители продукции или услуг организации?</p>	9.1.2	
49	<p>Проводит ли подразделение мониторинг и измерение процессов? (журналы, протоколы совещаний и т.д.)</p>	9.1.1	
50	<p>Проводит ли подразделение мониторинг и измерение характеристик продукции? (паспорта, журналы, комиссии и т.д.)</p>	9.1.1	
51	<p>Содержат ли записи по мониторингу и измерениям указание на лицо, санкционировавшее выпуск услуги? (наличие совместных приказов и постановлений госорганов одного уровня, согласование с управлением министерства юстиции)</p>	8.6	
52	<p>Несоответствующая продукция: регистрация, изоляция, анализ и принятия решений (акты). Проводятся ли корректирующие действия в подразделении по выявленным несоответствиям?</p>	10.2	
53	<p>Определяются ли причины несоответствующей продукции?</p>	10.2	
54	<p>Анализ данных: ведется ли сбор важных данных и их анализ? (проверить записи)</p>	10.2	
55	<p>Что свидетельствует о непрерывном совершенствовании системы СМК? Как в механизме непрерывных улучшений задействованы: - политика качества и цели качества; - результаты аудитов; - анализ данных; - корректирующие действия; - анализ со стороны руководства?</p>	10	
<p>Раздел 9.2 Внутренний аудит</p>			

«С.Өлебаев атындагы АТМГУ» КеАК
Улгілері
Формасы НАО «АУНГ им.С.Утебаева»

56	<p>Свидетельства планирования внутренних аудитов. Имеется ли в организации годовой план проведения внутренних аудитов? Учитываются ли при планировании внутренних аудитов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - важность проверяемых процессов? Каким образом? - изменения, влияющие на организацию? - результаты предыдущих аудитов? <p>Определены ли при планировании каждого внутреннего аудита:</p> <ul style="list-style-type: none"> - критерии аудита? Каковы они? - сфера аудита? - расписание аудита? - методы проведения аудита? Каковы они? <p>Установлено ли при проведении внутренних аудитов, что система СМК эффективно внедрена и поддерживается?</p>	9.2.1
57	<p>Определены ли требования к внутренним аудиторам?</p> <p>Есть ли перечень внутренних аудиторов?</p> <p>Как назначается аудиторская группа?</p> <p>Обеспечивается ли при выборе аудиторских групп объективность результатов внутренних аудитов?</p>	9.2.2
58	<p>Определяются ли причины выявленных несоответствий? Кем и как? Где отражаются?</p> <p>Как обеспечивается выполнение корректирующих мероприятий в проверенных подразделениях?</p> <p>Как проверяется выполнение корректирующих мероприятий?</p>	9.2
59	<p>Раздел 9.3 Анализ со стороны руководства</p> <p>С какой периодичностью планируется проведение анализа со стороны руководства?</p> <p>Предусмотрено ли проведение незапланированного анализа?</p> <p>Охватывает ли такой анализ оценку возможностей по улучшению системы СМК?</p> <p>Охватывает ли такой анализ определение потребности в изменениях системы СМК, в том числе ПК и целей качества?</p> <p>Как регистрируются результаты анализа? (протоколы)</p>	9.3.1
60	<p>Входные данные для анализа. Используется ли при анализе со стороны руководства информация:</p> <ul style="list-style-type: none"> - результаты предыдущих анализов; - изменения; Как исследуется информация о возможном влиянии таких изменений на систему СМК? - показатели результативности СМК; - о результатах аудитов (внутренних и внешних); - об обратной связи с потребителями; Какие данные? - о функционировании процессов и соответствии продукции. Какие показатели?; 	9.3.2



61	<p>-достаточность ресурсов; -результаты сработки рисков; - Как контролируется выполнение действий, предпринятых по результатам предыдущих анализов руководства? - возможности по улучшениям</p> <p>Выходные данные анализа. В каком виде оформляются решения анализа? (протоколы). Какие были приняты решения или действия по улучшению результативности системы СМК? Какие были приняты решения или действия по усовершенствованию продукции в соответствии с требованиями потребителя? Какие были приняты решения, связанные с потребностью в ресурсах?</p>	9.3.3	
----	---	-------	--

«С.Өтебаев атындағы АІМТУ» КеАҚ
үлгілері
Форма НАО «АУНГ им.С.Утебаева»

АКТ № _____
ПО НЕСООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ПРОДУКЦИИ
от « ____ » _____ 20__ г.

1. Выявленная несоответствующая продукция _____

2. Дата обнаружения несоответствия _____

3. Причины возникновения несоответствия _____

4. Решение по несоответствующей продукции _____

5. Мероприятия по устранению несоответствий и причин его возникновения

№ п/п	Мероприятия	Срок исполнения	Исполнитель	Отметка о выполнении
1	2	3	4	5

Подписи членов комиссии:

_____	_____	_____
должность	подпись	Ф. И.О.
_____	_____	_____
должность	подпись	Ф. И.О.
_____	_____	_____
должность	подпись	Ф. И.О.

«С.Утебаев атындагы АтМГУ» КеАҚ
үлгілері
Форма НАҚ «АУНГ им.С.Утебаева»

Критерии оценки качества проведения занятий

Преподаватель _____ (Ф.И.О.)

Дисциплина _____ (лекция, практика, семинар, лабораторные занятия)

Базовое образование _____ (наименование ВУЗа, шифр образовательных программ)

1. Критерии оценки качества подготовленности к занятию преподавателем

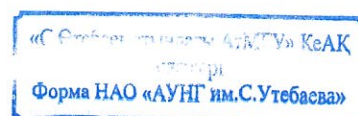
№ п/п	Критерии оценки	Максимальный балл по критериям	Результаты оценки качества, балл
1.	Четкость формулировки темы	7 баллов	
2.	Степень разграничения материала в заключительной части	6 баллов	
3.	Четкость формулировки материала во вступительной части	6 баллов	
4.	Четкость формулировки материала в заключительной части	5 баллов	
5.	Логичность развития материала. Междисциплинарные связи материала	7 баллов	
6.	Четкость формулировки выводов и обобщений	7 баллов	
7.	Отражение в материале новейших положений. Научный уровень	6 баллов	
8.	Методическая направленность изложения. Оригинальность материала	6 баллов	
ИТОГО:		50 баллов	

2. Критерии оценки качества изложения материала преподавателем

№ п/п	Критерии оценки	Максимальный балл по критериям	Результаты оценки качества, балл
1.	Продуманность фраз	5 баллов	
2.	Отсутствие побочных фраз и вставочных слов	5 баллов	
3.	Эмоциональность изложения	5 баллов	
4.	Жестикуляция	5 баллов	
5.	Естественность голоса	5 баллов	
6.	Наличие контакта с аудиторией	6 баллов	
7.	Использование методического материала. Новизна	7 баллов	
8.	Использование современных технических средств	7 баллов	
9.	Качество выполняемых рисунков и схем на учебной доске	5 баллов	
ИТОГО:		50 баллов	

Члены комиссии _____ (Ф.И.О.)

Дата проверки « _____ » _____ 20__ г.



ПАСПОРТ РИСКА

_____ (наименование подразделения)

_____ (Ф.И.О. руководителя подразделения)

Общая информация о рисках

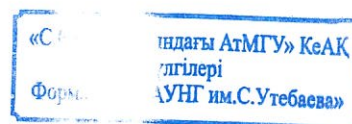
№	Наименование процесса	Наименование риска	Причины риска	Бальная оценка вероятности риска	Вероятность последствий риска

Руководитель подразделения _____

(подпись)

_____ (Ф.И.О.)

« ____ » _____ 20__ г.



План-отчет мероприятий по предотвращению появления рисков

(наименование подразделения)

(Ф. И.О. руководителя подразделения)

Общая информация о рисках

Наименование риска	Мероприятия по устранению риска	Ответственный	Сроки исполнения	Отметка о выполнении	Подтверждающие документы

Руководитель подразделения _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ 20__ г.

«С.Өтебаев атындағы АтМГУ» КеАҚ
үлгілері
Форма НАО «АУНГ им.С.Утебаева»