

**Zarządzenie Nr 32 /2007
Burmistrza Miasta Czeladź**

z dnia 15 marzec 2007

w sprawie : wprowadzenia procedury auditów wewnętrznych w Urzędzie Miasta Czeladź

Na podstawie art. 31 oraz art. 33 ust.1, 3 i 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. nr 142 r. , poz. 1591 z 2001r., z późniejszymi zmianami) oraz § 9 Zarządzenia Burmistrza Miasta Czeladź Nr 190/2006 z 17.10.2006r w sprawie nadania Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Miasta w Czeladzi

Zarządzam, co następuje:

§ 1

Celem niniejszej procedury jest:

1. Uregulowanie procesu zarządzania auditami wewnętrznymi,
2. Spełnienie wymagania, co do ustanowienia:
 - a. Udokumentowanej procedury zgodnie z punktem 8.2.2 2001 „Audit wewnętrzny” normy PN-EN ISO 9001:
 - b. Procedury zgodnie z punktem 4.5.5 „Audit wewnętrzny” normy PN-EN ISO 14001:2005
 - c. Udokumentowanej procedury zgodnie z punktem 4.5.3 „Auditowanie” normy PN-N 18001:2004

§ 2

Słowniczek

Użyte w zarządzeniu oznaczenia oznaczają:

1. ZSZ- Zintegrowany System Zarządzania
2. Urząd- należy przez to rozumieć Urząd Miasta Czeladź
3. Auditor- auditor wewnętrzny systemu zarządzania w urzędzie- pracownik urzędu zatrudniony na czas nieokreślony spełniający wymagania określone w § 6 niniejszego zarządzenia.
4. Normy- wdrożone w Urzędzie wymagania norm: PN-EN ISO 9001:2001, PN-EN ISO 14001:2005, PN-N 18001:2004

§ 3

Zakres i Odpowiedzialność

- 1.Procedura dotyczy wszystkich auditów wewnętrznych ZSZ i obejmuje :
 - a. planowanie auditów i wyznaczania składu zespołu auditorów
 - b. przygotowanie do auditu
 - c. obowiązki auditora i auditowanego
 - d. dokumentowanie wyników auditu
 - e. przechowywania dokumentacji z auditów
 - f. ustalania i podejmowania działań korygujących
 - g. weryfikacje skuteczności podjętych działań
2. Odpowiedzialność, obowiązki i uprawnienia : Pełnomocnika ds. ZSZ, stanowiska ds. ZSZ, auditora wiodącego, zespołu auditorów, oraz auditowanego określone są w poniższych paragrafach.

§ 4

Proces auditu wewnętrznego

1. Audit jest systematycznym, niezależnym i udokumentowanym procesem uzyskania dowodu z auditu oraz jego obiektywnej oceny w celu określenia stopnia spełnienia kryteriów auditu.
2. Audit jest przeprowadzany w zaplanowanych minimum raz na rok odstępach czasu

3. Audit jest racjonalną metodą uzyskiwania wiarygodnych i odtwarzalnych wniosków z auditu

§ 5

Cele auditu wewnętrznego

Audit jest narzędziem zarządzania, służącym do :

1. niezależnej oceny każdego wytypowanego procesu lub działania,
2. ocenia skuteczność i efektywność organizacji,
3. dostarcza obiektywnych dowodów czy zostały spełnione istniejące wymagania,
4. ocenia przydatność i zgodność wdrożonego w UMC systemu zarządzania oraz skuteczność w osiągnięciu zamierzonych celów,
5. określa czy system zarządzania jest zgodny z zaplanowanymi ustaleniami, z wymaganiami norm (PN-EN ISO 9001:2001 ; PN-EN ISO 14001:2005 ; PN-N 18001:2004) i wymaganiami systemu zarządzania ustanowionymi przez Urząd oraz czy wdrożony system jest utrzymany i skuteczny
6. wspiera politykę i nadzór kierownictwa,
7. dostarcza informacji, na podstawie, których Urząd doskonalili swoje działania

§ 6

Wymagania względem Auditora

1. Listę auditorów wewnętrznych Urzędu ustala i aktualizuje Pełnomocnik ZSZ
2. wykształcenie niezbędne: średnie
3. Doświadczenie zawodowe –niezbędne: minimum 2 lata pracy w Urzędzie Miasta Czeladź lub 2 lata w obszarze zarządzania jakością lub zarządzania środowiskowego i BHP.
4. Kandydat na Auditora i Auditor powinien posiadać wykazane cechy:
 - a. obowiązkowość
 - b. sumienność
 - c. myślenie analityczne
 - d. aktywność w doskonaleniu kompetencji
 - e. samodzielność i terminowość
 - f. umiejętność ustalenie priorytetów
 - g. umiejętność organizowania (realizowania planów)
 - h. umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych
 - i. postępowanie etyczne
 - j. umiejętność dyplomacji
 - k. spostrzegawczość
 - l. komunikacja ustna i pisemna
5. Auditor powinien posiadać w/w cechy oraz wykazane zdolności do stosowania wiedzy i umiejętności w zakresie:
 - znajomość procedury i technik auditowania
 - umiejętność kierowania auditem w celu przeprowadzenia go w sposób skuteczny i efektywny
 - umiejętność opracowywania planów, protokołów i raportów z auditu,
 - normy : PN-EN ISO 9000:2006, PN-EN ISO 9001:2001, PN-EN ISO 14001:2005, PN-N 18001:2004.
 - znajomość Misji i Polityki ZSZ w Urzędzie Miasta Czeladź
 - ogólna znajomość wymagań prawnych dotyczących funkcjonowania Urzędu
 - znajomość ZSZ ustanowionego przez Urząd Miasta Czeladź
 - znajomość procedur postępowania funkcjonujących w Urzędzie
 - ogólna znajomość wytycznych do doskonalenia ujęta w normach stanowiących wytyczne doskonalenia funkcjonowania
 - ogólna znajomość wytycznych dotyczących auditowania opisana w normie PN-EN ISO 19011
6. Kandydat na auditora, (po dokonaniu oceny początkowej), spełniający wymagań ujętych w § 6 punkt 2 , musi odbyć szkolenie z auditorskie, po czym staje się auditorem szkolącym się i jako taki uczestniczy w 4 auditach, po zakończeniu, których, i stwierdzeniu skuteczności szkolenia i umiejętności stosowania wiedzy (poprzez przegląd dokumentacji lub audit wspólny audytora z pracownikiem ds. ZSZ lub Pełnomocnikiem) może samodzielnie przeprowadzać audyty jako auditor wiodący.
7. Dla każdego auditora Pełnomocnik ZSZ przygotowuje zakres czynności, związanych z pracą auditora w trzech egzemplarzach. Jeden egzemplarz otrzymuje auditor, drugi zostaje przekazany do akt pracowniczych, trzeci pozostaje w dokumentacji Pełnomocnika ZSZ. Zakres czynności zostaje

podpisany przez Pełnomocnika ZSZ i audytora, co stanowi istotny element akceptacji praw i obowiązków, jak również ich zrozumienia.

§ 7

Ocena auditorów

1. Uprawnionym do oceny auditorów wewnętrznych jest Pełnomocnik ZSZ, który przy ocenie bierze pod uwagę:
 - a). dokumentację z auditów , w tym również wymagania ujęte w § 6 p. 3
 - b). ilość przeprowadzonych auditów i ich terminowość
 - c). wymagania wymienione w § 6 punkt 2
 - d) udział w szkoleniach i fakt dzielenia się wiedzą,
 - e) przedstawiane propozycje doskonalenia, (np. w formie sygnałów jakości, jak i w raportach z auditów)
 - f). uwagi informacje dot. pracy i zachowania audytora w trakcie przeprowadzania auditów.
2. Pełnomocnik ZSZ ustala metody oceny auditorów.
3. W ramach przeprowadzanej oceny identyfikowane są potrzeby szkoleniowe i inne związane z podnoszeniem wiedzy i umiejętności audytora
4. Oceny auditorów dokonuje się minimum raz w roku.

§ 8

Program auditów

1. Audyty planowane są w rocznym programie auditów wewnętrznych przygotowanym przez pracownika zajmującego stanowisko ds. ZSZ
2. Roczny program auditów zatwierdza Pełnomocnik ds. ZSZ do końca stycznia roku kalendarzowego, którego dotyczy program auditów.
3. Program auditów podlega rozpowszechnieniu wśród auditorów wewnętrznych i komórek organizacyjnych urzędu poprzez udostępnienie go w ogólnie dostępnym folderze dot. ZSZ
4. Program auditów ustala się biorąc pod uwagę:
 - a) rodzaj, stopień złożoności i rozległość procesu jak również jego znaczenie dla organizacji i wpływ na zapewnienia, że określone wymagania zostały spełnione
 - b) rolę auditowanej komórki organizacyjnej w określaniu i spełnianiu wymagań klienta,
 - c) ilość skarg, ilość niezgodności i podjętych działań korygujących.
 - d) rezultaty poprzednich auditów -ilość i charakter niezgodności, weryfikację działań korygujących,
 - e) wyniki przeglądów zarządzania.
 - f) sygnały jakości
5. W rocznym programie auditów określa się:
 - zakres (wydział/ działania i procesy/ ramy czasowe z dokładnością do miesiąca)
 - audytora wiodącego lub zespół auditorów i ogólne kryteria auditu
6. Na podstawie rocznego programu auditów opracowywane są przez pracownika zajmującego stanowisko ds. ZSZ plany cząstkowe na poszczególne audyty z określeniem :
 - a) celu auditu, który określa co należy osiągnąć w wyniku auditu
 - b) audytora lub / i zespołu auditorów
 - c) może również zawierać szczegółowe kryteria auditu oraz minimalną ilość godzin/dni na przeprowadzenie auditu
7. Wybór audytora lub auditorów zapewnia obiektywność i bezstronność procesu auditu, audytorzy nie audytują własnej pracy, i zadań za które ponoszą odpowiedzialność.
8. W zależności od potrzeb można przeprowadzić audit pozaplanowy. Przeprowadzenie tego auditu proponuje pracownik zajmujący stanowisko ds. ZSZ i/lub Pełnomocnik ZSZ , biorąc pod uwagę min.: weryfikację działań korygujących, wyniki auditów, uzyskane informacje, sygnały jakości, uwagi otrzymane od klientów zewnętrznych i pracowników, wyniki przeglądów, oraz bieżące potrzeby.
9. Weryfikacji skuteczności podjętych działań korygujących dokonuje się podczas kolejnych auditów, auditów pozaplanowych i/lub w terminach ustalonych w protokołach niezgodności. Weryfikacji dokonuje audytor/pracownik zajmujący stanowisko ds. ZSZ lub Pełnomocnik ZSZ.
10. Pracownik zajmujący stanowisko ds. ZSZ przygotowuje na każdy przegląd systemu zarządzania sprawozdanie z wykonania programu rocznego auditów wewnętrznych i uzyskanych wynikach.

§ 9

Przygotowanie do przeprowadzania auditu

1. Do auditu auditor musi się przygotować w sposób, który zapewni uzyskanie niezbędnych informacji. W tym celu:

- a) należy uzyskać wystarczającą wiedzę na temat badanego zakresu oraz określić/lub uszczegółowić kryteria auditu, którym może być :zestaw polityk, procedur, wymagań, norm, prawo i przepisy, wymagania ZSZ, wymagania umów, porozumień, kodeksów postępowania w danym obszarze stosowanych jako odniesienie
 - b) zebrać i analizować odpowiednie informacje i dokumenty odniesienia w stosunku do których ma zostać określona zgodność (m.in.: misji i polityka systemu zarządzania, cele, dokumenty i wymagania zewnętrzne lub wewnętrzne, protokoły z poprzednich auditów, wyniki monitorowania, instrukcje, procedury, karty procesów itp.) oraz określenie ich adekwatności w odniesieniu do danego badania auditowego,
 - c) należy określić próby które zostaną poddane badaniu stosowne zarówno pod względem ilościowym jak i gatunkowym,
 - d) zespół auditorów przygotowując się do auditu może opracować listę zagadnień – lista ta ma charakter pomocniczy i podlega przechowywaniu wraz z raportem z auditu u pracownika zajmującego stanowisko ds. ZSZ, stanowiąc element dokumentacji z auditu.
6. Zespół auditorów uzgadnia z kierownikiem(ami) badanego obszaru konkretny termin (dzień i godziny) oraz szczegóły planu najpóźniej na 3 dni przed terminem auditu oraz uzyskuje akceptację planu kierownika auditowanego obszaru.
7. W przypadku, kiedy audit jest przeprowadzany przez zespół auditorów, auditor wiodący określa dla każdego członka zespołu zakres odpowiedzialności za auditowanie danego procesu, miejsca, obszaru lub działania. Zmiany w podziale prac mogą być dokonywane w miarę realizacji auditu.

§ 10

Przeprowadzanie badania auditowego

1. Auditor wiodący może zorganizować spotkanie otwierające dla kierowników auditowanego obszaru, oraz spotkanie zamykające w takim samym składzie jak spotkanie otwierające. Przedstawia w jego trakcie stwierdzone zgodności i niezgodności, oraz wnioski dotyczące funkcjonowania systemu zarządzania.
2. Obowiązkiem auditora jest przeprowadzenie badania auditowanego obszaru w sposób etyczny, rzetelny z zachowaniem staranności zawodowej i niezależności oraz zgodnie z zasadą rzetelnego gromadzenia dowodów.
3. Obowiązkiem auditowanych jest udzielenie dokładnych i rzetelnych odpowiedzi oraz przedłożenie żądanych dokumentów i zapisów.
4. Auditor dokonuje w trakcie auditu zapisów na zgodności i niezgodność na listach zagadnień auditowych (opracowanej zgodnie z załącznikiem do niniejszego zarządzenia lub innej przyjętej przez audytora) z wskazaniem na nr auditu i podpis audytora.
5. Czyste druki list zagadnień mogą również służyć jako formularze do zapisywania informacji nieujętych w liście pytań auditowych
6. Auditor wiodący i zespół auditorów przed zakończeniem auditu przegląda zebrane dane i sprawdza:
 - a) czy zgromadzone dowody na zgodność lub niezgodność z kryteriami auditu, dają możliwość późniejszej weryfikacji i czy są wystarczające- czy stanowią dowód z auditu,
 - b) czy wszystkie działania opisane w planie auditu zostały wykonane,
 - c) czy ustalenia z auditu dają odpowiedź na cele auditu.
 - d) kompletność zebranej dokumentacji, zawierającej wymagane podpisy i wypełnione wymagane pozycje
 - e).prawidłowości określonej niezgodności do dowodu z auditu i kryteriów do którego odnosi się stwierdzone niespełnienie wymagań.
 - d) wszystkich ustaleń z auditu, potwierdzających czy cele auditu zostały osiągnięte
 - e) zidentyfikowaniu nie uwzględnionych obszarów z określeniem przyczyny

§ 11

Przygotowanie dokumentacji z auditu

Po zakończeniu badania:

1. Auditor : przygotowuje protokoły niezgodności, w których ujęte są dowody z auditu i określona niezgodność.

2. Wykonuje się jeden protokół dla jednej stwierdzonej niezgodności wymagającego podjęcia działań korygujących. Auditor może udzielać auditowanemu pomocy/ zaleceń dot. działań korygujących
3. Auditowany odpowiedzialny za auditowany obszar/ proces/ działanie potwierdza podpisem fakty (dowody z auditu) zawarte w protokołach.
4. Kierownik odpowiedzialny za auditowany obszar / proces/działanie określa i zapisuje w protokołach :
 - a) Termin, (maksymalnie do tygodnia) w którym zostanie ustalona i zapisana przyczyna niezgodności i działania korygujące do podjęcia- na części „A” protokołu
 - b) Przyczyny wystąpienia stwierdzonych niezgodności wymagających podjęcia działań, oraz rodzaj proponowanych działań doskonalących, odpowiedzialnych za ich realizację oraz termin ich wdrożenia- na części „B” protokołu,
 - c) Na części „C” protokołu, auditowany lub/i odpowiedzialny za stwierdzoną niezgodność, dokona zapisu będącego potwierdzeniem wdrożonych działań korygujących i terminie ich podjęcia, lub ewentualnej informacji o przyczynie przesunięcia terminu wdrożenia działań z wskazaniem na przyczynę i nowy termin. Wypełniona część „C” protokołu auditowany przekazuje pracownikowi ds. Systemu Zarządzania, pozostawiając sobie kserokopię.
5. Auditor wiodący opracowuje Raport z auditu w terminie **do 10 dni** po przeprowadzeniu auditu. Przyczyny opóźnienia muszą zostać zakomunikowane klientowi auditu. Nie dotyczy to protokołów niezgodności, który jest wypełniany w trakcie i/lub po zakończeniu auditu i niezwłocznie rozdzielany zgodnie z rozdzielnikiem. Zarówno druk raportu jak i planu stanowi formularz aktywny.
6. W uzasadnionych sytuacjach (np. kiedy sprawa wymaga zebrania dodatkowych informacji i wyjaśnień, oraz kiedy następuje rozbieżność w ocenie auditowanego i audytora, lub audit procesu jest przeprowadzany w kilku obszarach w różnych terminach), termin ten ulega przedłużeniu, nie dłużej jednak niż do miesiąca.
7. Auditor wiodący może podjąć decyzję o opracowaniu planu i raportu odrębnie dla każdego wskazanego obszaru, jeśli jest to uzasadnione np. brakiem powiązań pomiędzy auditowanymi wydziałami czy procesami oraz niemożnością przeprowadzenia auditów w jednym lub zbliżonym czasie, co automatycznie wpłynęłoby na opóźnienie w opracowaniu raportu z auditu.
8. W sytuacji kiedy auditowany nie zgadza się ze stwierdzoną niezgodnością i/lub określone przez auditowanego działania do podjęcia są nieadekwatne (w ocenie audytora wiodącego) do stwierdzonej niezgodności spisuje się notatkę z wyjaśnieniami, a o fakcie nierozstrzygniętych rozbieżności i opiniach pomiędzy audytorem a auditowanymi informuje się we wnioskach za auditu. W związku z powyższym raport zostaje zakończony w chwili otrzymania części „B” protokołów niezgodności.
9. W przypadku sytuacji ujętej w punkcie 8 lub jakichkolwiek problemów napotkanych przez audytora w trakcie auditu sprawa/ dokumentacja zostaje przeanalizowana i rozpatrzona przez Pełnomocnika ds. ZSZ oraz dokonanie stosownych zapisów (rozstrzygnięcia) lub przeprowadzenia auditu dodatkowego.

§ 12

Przekazanie i przegląd dokumentacji z auditu

1. Auditor wiodący przedstawia pracownikowi zajmującemu stanowisko ds. ZSZ raport z auditu, wraz z załączonym planem, protokołami i ewentualnymi notatkami w terminie nie dłuższym niż 11dni, lub 1 miesiąca od dnia przeprowadzenia auditu, w zależności od okoliczności ujętych w § 11, punkt 8 i 9.
2. Pracownik ds. ZSZ po zapoznaniu się z raportem i jego załącznikami:
 - w przypadku braku uwag - przekazuje niezwłocznie ich kopię wskazanym w rozdzielniku, co zostaje potwierdzone w raporcie
 - w przypadku uwag – uzgadnia je bezpośrednio z audytorem wiodącym.
3. Przedstawia raport do zapoznania się z jego treścią Pełnomocnikowi ZSZ
4. Pełnomocnik ZSZ i/lub pracownik ds. ZSZ w miarę potrzeb organizuje spotkania z zespołem audytorów wewnętrznych (np. po zakończonej danej serii auditów). Na spotkaniach tych w szczególności przeprowadza się analizę napotkanych problemów na aditach, uwagi do dokumentacji, propozycje audytorów do wprowadzenia dobrych praktyk w skali urzędu, oraz prowadzi warsztaty doskonalące wiedzę i umiejętności audytorów.

§ 13

Niezgodności

1. Niezgodność duża stwierdza się gdy (wymaganie) potrzeba lub oczekiwanie, które zostało ustalone, przyjęte zwyczajowo lub gdy jest obowiązkowe nie zostało spełnione. W szczególności występuje gdy:

- a) wymagania klienta nie zostały spełnione,
- b) powstały oczywiste niedociągnięcia w zakresie spełnienia wymagań,
- c) wystąpiły poważne braki w systemie zarządzania,
- d) nastąpiły poważne błędy lub istotne naruszenia ZSZ
- e) audytowany nie stosuje, się do obowiązujących przepisów, zarządzeń, procedur, instrukcji, polityki jakości itp.,
- f) gdy mamy dowód na niespełnienie wymagań poparty odniesieniem do kryteriów auditu, w oparciu o które był wykonany audit
- g) gdy zidentyfikowana niezgodność jest systematyczna (nie jest odizolowanym przypadkiem)

2. Niezgodność mała stwierdza się gdy:

- a) występują drobne lub jednostkowe uchybienia w postępowaniu określonym w procedurach,
- b) procedury wymagają zmiany, co wynika z praktyki, jednak nie ma to negatywnego wpływu na system
- c) zidentyfikowana niezgodność jest przypadkowa (odizolowany przypadek –nie spełnienia wymagań bez większych konsekwencji)
- d) niespełnienie wymagania nie wymaga podejmowania działań korygujących- wystarczające będzie podjęcie działań korekcyjnych (mała waga niezgodności)

3. Za zidentyfikowanie i określenie niezgodności odpowiedzialny jest auditor i auditor wiodący.

§ 14

Dowody z auditu

1. Dowodami z auditów są zapisy, stwierdzenia faktu lub inne informacje, które są istotne ze względu na kryteria auditu i możliwe do zweryfikowania.

2. Dowodem mogą być dane potwierdzające istnienie lub prawdziwość czegoś. Uzyskać go można w szczególności poprzez :

a) obserwacje, b) pomiar, c)przeгляд dokumentów i zapisów, d) wywiad.

§ 15

Ustalenia z auditu

1. Ustalenia z auditu to wyniki oceny dowodów z auditu w odniesieniu do kryteriów.

2. Ustalenia wskazują na zgodność, niezgodność lub zalecenia doskonalenia. Jest to zestawienie zakresu zgodności i niezgodności, mocnych stron i potencjałów do doskonalenia, to podsumowanie zgodności z kryteriami auditu.

3. W ustaleniach znajduje się również informacja o ewentualnych przyczynach braku możliwości osiągnięcia celu auditu, i /lub zrealizowania całości jego zakresu oraz przyczyny przesunięcia terminu przeprowadzenia auditu.

§ 16

Wnioski z auditu

4. Wnioski z auditu to wyniki auditu. Jest to ocena, zakres zgodności, zakres skuteczności wdrożenia, utrzymania i doskonalenia - w odniesieniu do celów auditu i wszystkich ustaleń.

5. We wnioskach znajdują się odpowiedzi na cele auditu, oraz informacje o istotnych ustaleniach wykraczających poza zakres i /lub cel auditu.

6. We wnioskach powinny się również znaleźć informacje o zdolności badanych procesów, zakresie zgodności systemu oraz skuteczności wdrożenia i utrzymania zarówno procedur postępowania, realizacji procesów jak i całego systemu.

7. We wnioskach powinny się również znaleźć informacje o przyczynie ewentualnych opóźnień w opracowaniu raportu oraz informacje o terminowości w określeniu przyczyn i działań korygujących w części „B” protokółów przez audytowanych i/lub odpowiedzialnych za niezgodność.

§ 17

Podjęcie działań doskonalących po audicie

1. Zaleca się aby działania doskonalące dotyczyły zarówno usunięcia skutków (korekcja) jak i przyczyn niezgodności (działania korygujące)
2. Jeżeli wynikiem auditu były, niezależnie od stwierdzonych niezgodności, uwagi, problemy, zalecenia – po zapisaniu w raporcie - powinny one stanowić podstawę do podjęcia działań doskonalących i zapobiegawczych.
3. W przypadku potrzeby podjęcia działań korygujących osoba odpowiedzialna za auditowany obszar bądź proces podejmuje je bez nieuzasadnionej zwłoki, przekazując część „C” protokołu z informacją potwierdzającą podjęcie działań pracownikowi ds. ZSZ.
4. Jeżeli z analizy wyników auditów przeprowadzanej przez pracownika ds. ZSZ wynika konieczność podjęcia dodatkowych działań doskonalących, ustalone one zostają w porozumieniu z Pełnomocnikiem i przekazane do realizacji zainteresowanym.
5. Za przeprowadzenie w uzgodnionym terminie działań korygujących odpowiedzialny jest auditowany lub inna wskazana osoba/wydział.

§ 18

Weryfikacja skuteczności podejmowanych działań

1. Weryfikacja skuteczność podjętych działań korygujących jest przeprowadzana podczas:
 - a) kolejnych auditów,
 - b) auditach weryfikujących podjęcie działań doskonalących,
 - c) na podstawie dokumentów i informacji.
2. Wyniki weryfikacji są zapisywane w protokołach weryfikacji skuteczności podjętych działań korygujących
3. Ocenę skuteczności wdrożonych działań korygujących przeprowadza auditor sporządzający protokół niezgodności lub auditor przeprowadzający kolejny audit.

§ 19

Dokumenty związane

1. Załączniki do niniejszego zarządzenia:
 - a. załącznik nr 1 Plan auditu wewnętrznego
 - b. załącznik nr 2 Protokół niezgodności
 - c. załącznik nr 3 Raport z auditu wewnętrznego
 - d. załącznik nr 4 Protokół weryfikacji skuteczności podjętych działań korygujących
 - e. załącznik nr 5 Auditowa lista zagadnień

§ 20

Wykonanie zarządzenia powierza się: Pełnomocnikowi ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania

§ 21

Traci moc :

Zarządzenie Burmistrza Nr 172/2006 w sprawie wprowadzenia procedury auditów wewnętrznych w Urzędzie Miasta Czeladź.

§ 22

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Sekretarz Miasta Czeladź
Dorota Bąk

AUDIT NR	PLAN AUDITU WEWNĘTRZNEGO¹				Strona
				/.....
Rodzaj auditu : Planowy / Pozaplanowy*					
Zakres auditu (wydział/ fizyczna lokalizacja/działania i procesy/ ramy czasowe)					
Cel auditu:					
Kryteria auditu:					
Zespół Auditujący : Auditor wiodący : Auditorzy:					
Działania Auditowe:					
lp	data/ godzina	Obszar	Proces/Czynności/Kryteria	Element normy	auditor
1					
2					
3					
4					
5					
6			Spotkanie zespołu auditorów w celu przejrzenia ustaleń z auditu w odniesieniu do celu i kryteriów		
7			Zakończenie auditu i zakomunikowanie ustaleń i wniosków z auditu. Uzyskanie potwierdzenia zrozumienia powyższego.		
Rozdzielnik 1). Stanowisko ds. Systemu Zarządzania, 2). Auditowani 3) Auditorzy					
Opracował: auditor wiodący			Akceptacja planu przez Kierownika auditowanego obszaru		
..... (data i podpis)		 (data i podpis)		

* zakreślić właściwe

¹ Plan Auditów jest Formularzem aktywnym.

AUDIT NR	PROTOKÓŁ NIEZGODNOŚCI Nr. _____		Strona 1/3	A
	Duża / Mała *			
	Rodzaj auditu : Planowy / Pozaplanowy*			
Zakres auditu (wydział/ fizyczna lokalizacja/ działania i procesy/ ramy czasowe)				
Dowód :				
..... (data i podpis audytora)	 (data i podpis przedstawiciela auditowanego obszaru)		
Stwierdzona podczas auditu Niezgodność : Niespełnione wymaganie		Kryterium auditu do którego odnosi się stwierdzone niespełnienie wymagania:		
		Norma		
		Księga		
		Procedura		
..... (data i podpis audytora)	 (data i podpis audytora wiodącego)		
Termin, w którym zostanie ustalona i zapisana przyczyna niezgodności i działania korygującego do podjęcia:				
	 (data i podpis kierownika auditowanego obszaru/ przyjmującego protokół/ odpowiedzialnego za stwierdzoną niezgodność)		
Rozdzielnik: 1). Stanowisko ds. Systemu Zarządzania (oryginał) ,				
2). Auditowani i /lub wskazani do realizacji działań (kserokopia) :				

AUDIT NR	PROTOKÓŁ NIEZGODNOŚCI Nr.	Strona 2/3	B
	Duża / Mała *		
USTALENIE DZIAŁAŃ KORYGUJĄCYCH			

Określenie przyczyny niezgodności :

Propozycja działań korygujących :

Określony Termin realizacji/ wdrożenia działań :

Osoba odpowiedzialna za wdrożenie działań:

.....
(data i podpis audytora wiodącego lub
pracownika ds. SZ)

.....
(data i podpis kierownika auditowanego obszaru/
odpowiedzialnego za stwierdzoną niezgodność)

Rozdzielnik: 1). Stanowisko ds. Systemu Zarządzania (oryginał) ,
2). Auditowani i /lub wskazani do realizacji działań (kserokopia) :

- zakreślić właściwe

AUDIT NR	PROTOKÓŁ NIEZGODNOŚCI Nr. Duża / Mała *	Strona 3/3	C
	POTWIERDZENIE WDROŻENIA DZIAŁAŃ KORYGUJĄCYCH		
Określony/ wyznaczony termin realizacji/ wdrożenia działań:			
Data wdrożenia działań:			
Informacja/ Zapis z podjętych działań:			
<p>..... (data i podpis pracownika ds. SZ przyjmującego informację)</p>		<p>..... (data i podpis kierownika auditowanego obszaru/ odpowiedzialnego za wdrożenie działań korygujących)</p>	

Rozdzielnik: 1). Stanowisko ds. Systemu Zarządzania (oryginał) ,

2). Wdrażający działania korygujące (kserokopia) :

Raport z Audytu wewnętrznego Nr. / ¹		Rodzaj Audytu: Planowy Pozaplanowy*	Strona /
Data przeprowadzenia audytu:			
Zakres audytu (auditowany wydział/ fizyczna lokalizacja/ działania i procesy/ ramy czasowe- <u>czas trwania</u> audytu)			
Cel audytu :			
Skład zespołu audytorów;	audytor wiodący : audytorzy:		
Kryteria audytu :			
Wymagania normy , które zostały objęte audytem:			
Ustalenia z audytu (Wyniki oceny dowodów z audytu w odniesieniu do kryteriów. Wskazują na niezgodność/spostrzeżenie/zalecenia doskonalenia- zestawienie niezgodności):			
Wnioski z audytu (Wyniki audytu. Ocena / zakres zgodności/ skuteczności wdrożenia-utrzymania i doskonalenia - w odniesieniu do celów audytu i wszystkich ustaleń) :			
Załączniki do raportu: 1. plan audytu 2. protokoły Niezgodności od numeru do nr..... 3. protokoły Spostrzeżeń od numeru do nr..... 4. notatki w ilości : 5. listy pytań kontrolnych (tylko przy oryginalnym egzemplarzu) <i>Pozycje od 2 do 4 otrzymują osoby odpowiedzialne za podjęcie działań korygujących</i>			
..... (data i podpis audytora wiodącego)	Rozdzielnik raportu z audytu : - stanowisko ds. systemu zarządzania (oryginał) - kierownik auditowanego obszaru (kserokopia) - inni wskazani (przez Pełnomocnika i/lub Audytora wiodącego) odbiorcy (kserokopia) :		
data otrzymania dokumentacji z audytu: (data i podpis-stanowisko ds. Systemu Zarządzania) (data otrzymania kserokopii raportu i podpis auditowanego i ewentualnych innych wskazanych adresatów raportu.		
..... (podpis i data zapoznania się z treścią raportu Pełnomocnika ds. Systemu Zarządzania)			

- zakreślić właściwe

¹ Raport z Audytu jest Formularzem aktywnym.

Dotyczy : AUDIT NR. z dnia: Protokół Nr.	PROTOKÓŁ WERYFIKACJI SKUTECZNOŚCI WDROŻONYCH DZIAŁAŃ KORYGUJĄCYCH	Strona/.....
Termin wdrożenia działań korygujących:		
Termin weryfikacji skuteczności:		
Dowód obiektywny wskazujący na skuteczność wdrożonych działań (wyników podjętych działań): (wskazujący, iż podjęte działania doprowadziły do wyeliminowania przyczyny oraz spełnienia wyspecyfikowanych wymagań)		
..... (data i podpis audytora/ pracownika ds. SZ) (data i podpis kierownika/przedstawiciela auditowanego obszaru odpowiedzialnego za wdrożone działania)	

Rozdzielnik

- 1). Stanowisko ds. Systemu Zarządzania,
- 2). Auditowani (kserokopia)

Audit Nr :		AUDITOWA LISTA ZAGADNIENI		Str. /
Data auditu :		Auditowany Obszar/ działania i procesy		
Element Normy	Kryterium Audit	Pytanie audytowe	Wynik / Dowód	Zgodność/ Problem/ Spostrzeżenie / Niezgodność

Opracował Auditor :