

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

ПОЛОЖЕННЯ
про порядок проведення внутрішніх аудитів
системи забезпечення якості у
Карпатському національному університеті
імені Василя Стефаника

м. Івано-Франківськ
2026 рік

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

ПЕРЕДМОВА

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. ВНЕСЕНО | Центр забезпечення якості |
| 2. РОЗРОБНИК | директор ЦЗЯ Макарук Ольга Любомирівна |
| 3. РОЗГЛЯНУТО ТА
СХВАЛЕНО | Вченою радою Карпатського національного
університету імені Василя Стефаника
Протокол від 24 червня 2026 р. № 12 |
| 4. ВВЕДЕНО В ДІЮ | наказом ректора Карпатського національного
університету імені Василя Стефаника
від 01 липня 2026 р. № 912 |
| 5. УПРОВАДЖЕНО
НА ЗАМІНУ | Положення про порядок проведення внутрішніх
аудитів системи забезпечення якості у Карпатському
національному університеті імені Василя
Стефаника, схвалено Вченою радою від 27 січня
2026 р., протокол № 02 та введеного в дію наказом
ректора від 06 лютого 2026 р. № 178 (редакція 5) |

© Карпатський національний університет
імені Василя Стефаника, 2026

Усі права на цей документ належать
Карпатському національному університету імені Василя Стефаника.
Будь-яке копіювання, відтворення чи поширення змісту документа (повністю або частково)
без офіційного дозволу університету заборонено.

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ	4
2. НОРМАТИВНІ ПОСИЛАННЯ	4
3. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ	4
4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА ПОВНОВАЖЕННЯ	5
5. ОБ'ЄКТИ ТА СУБ'ЄКТИ АУДИТУ	6
6. ПРОЦЕДУРА ЗДІЙСНЕННЯ АУДИТУ	9
ДОДАТОК 1 Форма програми проведення внутрішніх аудитів	13
ДОДАТОК 2 План внутрішнього аудиту	14
ДОДАТОК 3 Форма контрольного листа	15
ДОДАТОК 4 Форма протоколу невідповідностей	16
ДОДАТОК 5 Форма звіту внутрішнього аудиту	17

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Положення про порядок проведення внутрішніх аудитів системи управління якістю у Карпатському національному університеті імені Василя Стефаника (далі – Положення) розроблено відповідно до вимог ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги», ISO 9001:2015 «Quality management systems», ДСТУ EN ISO 9001:2018 «Системи управління якістю. Вимоги» та ДСТУ ISO 19011:2019 «Настанови щодо здійснення аудитів систем управління» з метою здійснення управлінської діяльності в Карпатському національному університеті імені Василя Стефаника з питань, що стосуються порядку планування і проведення внутрішніх аудитів системи забезпечення якості освітньої діяльності та якості вищої освіти, а також аналізу отриманих результатів.

1.2. Положення є обов'язковим для ознайомлення та виконання внутрішніми аудиторами та керівниками структурних підрозділів Карпатського національного університету імені Василя Стефаника (далі – Університет).

1.3. Для всіх інших працівників Університету Положення має інформаційний характер.

1.4. Вимоги цього Положення є обов'язковими до застосування усіма структурними підрозділами Карпатського національного університету імені Василя Стефаника.

2. НОРМАТИВНІ ПОСИЛАННЯ

Положення розроблено з урахуванням:

ДСТУ ISO 9001:2015 Системи управління якістю. Вимоги.

ДСТУ EN ISO 9001:2018 Системи управління якістю. Вимоги.

ISO 9001:2015 Quality management systems.

ДСТУ ISO 19011:2019 Настанови щодо здійснення аудитів систем управління.

3. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

3.1. Терміни та визначення у цьому порядку використовуються відповідно до ДСТУ ISO 9000.

3.2. У цьому Порядку застосовано терміни та визначення понять, наведені в ДСТУ ISO 19011, а саме:

Аудит – систематичний, незалежний і задокументований процес отримання доказів аудиту й об'єктивного їх оцінювання з метою визначення міри виконання критеріїв аудиту.

Критерії аудиту – сукупність політики, методик або вимог, які

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

використовують як еталон, з яким порівнюють докази аудиту.

Доказ аудиту – протоколи, викладення фактів або інша інформація, що є істотною для критеріїв аудиту й уможлиблює їх перевірку.

Дані аудиту – результати оцінювання зібраних доказів аудиту за критеріями аудиту. Дані аудиту можуть свідчити про відповідність або невідповідність критеріям аудиту, або вказують на можливості поліпшення.

Висновок аудиту – підсумок аудиту, який формулює група з аудиту після розгляду всіх даних аудиту з урахуванням цілей аудиту.

Замовник аудиту – організація або особа (стейкхолдери), яка подає заявку на проведення аудиту.

Об'єкт аудиту – факультет, кафедра, структурний підрозділ, Університет, що підлягають аудиту.

Аудитор – особа, яка має компетентність для проведення аудиту, що призначається наказом ректора з числа науково-педагогічних працівників Університету;

Програма аудиту – один або декілька аудитів, запланованих на конкретний період часу і спрямованих на досягнення конкретної мети; програма аудиту містить усі види діяльності, потрібні для планування, організації і проведення аудитів.

План аудиту – опис видів діяльності й заходів з проведення аудиту.

Сфера аудиту – обсяг і межі аудиту; обсяг аудиту зазвичай охоплює опис місцезнаходження ділянок, структурних підрозділів організації, видів діяльності й процесів, а також терміни проведення аудиту.

Компетентність – продемонстровані особисті якості, ставлення й доведена спроможність застосовувати знання, вміння та навички у відповідній сфері діяльності.

Ризик – невизначеність щодо досягнення цілей.

4. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ТА ПОВНОВАЖЕННЯ

4.1 Відповідальність за організацію, систематичне проведення й аналіз результатів внутрішніх аудитів з метою оцінювання ефективності та відповідності встановленим вимогам чинної в Університеті системи управління якістю несуть Центр забезпечення якості, Навчально-методичний відділ та Науково-дослідна частина.

4.2 Керівники структурних підрозділів, де проводиться перевірка, відповідають за сприяння проведенню аудиту та представлення групі аудиторів всієї необхідної інформації, своєчасне та якісне виконання коригувальних дій.

4.3 Контроль за виконанням коригувальних дій здійснює проректор з науково-педагогічної роботи.

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

5. ОБ'ЄКТИ АУДИТУ

5.1. Об'єктами внутрішнього аудиту (перевірки) можуть бути:

- діяльність структурних підрозділів та Університету в цілому;
- виконання окремого конкретного виду діяльності;
- діяльність науково-педагогічних та педагогічних працівників;
- задокументована інформація;
- результати попередніх перевірок;
- інше.

5.2 Внутрішні аудити (перевірки) проводяться з метою:

- відповідності вимогам локальних нормативно-правових документів системи управління якістю Університету;
- відповідності вимогам ДСТУ ISO 9001 системи управління якістю Університету;
- визначення результативності функціонування впровадженої системи забезпечення якості;
- здійснення контролю за дотримання встановлених вимог чинного законодавства;
- здійснення контролю за дотримання вимог внутрішньої розпорядчої та управлінської документації Університету (посадові інструкції, положення, накази, розпорядження, стандарти тощо);
- поліпшення загальної якості роботи об'єктів аудиту, Університету в цілому та функціонування Університету зокрема.

5.3 Відповідно до розділу 4 стандарту ДСТУ ISO 19011 під час проведення внутрішніх аудитів системи менеджменту якості й системи внутрішнього забезпечення якості аудиторі дотримуються таких основних принципів:

- етичні норми – основа професіоналізму;
- чесність у поданні результатів (неупередженість) – зобов'язання звітувати правдиво й точно;
- належна професійна ретельність – виявлення старанності й розсудливості під час здійснення аудиту;
- конфіденційність – захищеність інформації;
- незалежність – основа неупередженості аудиту й об'єктивності висновків аудиту;
- доказовість – раціональний метод формування надійних і відтворюваних висновків аудиту в систематичному процесі аудиту.

5.4 Група внутрішніх аудиторів формується із числа науково-педагогічних працівників Університету, які пройшли навчання щодо вимог

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

ДСТУ ISO 19011. Склад групи внутрішніх аудиторів затверджує ректор Університету за місяць до початку внутрішнього аудиту.

5.5 Вимоги до аудиторів.

5.5.1 Аудитори повинні бути:

- незалежні від тих, хто безпосередньо відповідає за конкретні види діяльності, що перевіряються;
- неупереджені й об'єктивні.

5.5.2 Група з внутрішнього аудиту повинна складатися не менше ніж з 2-х осіб.

5.5.3. Аудитори повинні:

- знати основоположні нормативні документи, документи системи забезпечення якості Університету, принципи, методи і організацію проведення аудитів системи забезпечення якості;
- мати стаж роботи не менше ніж один рік, уміти працювати з документами.

5.6 Для забезпечення об'єктивності та якості проведення внутрішніх аудитів Рада з якості Університету формує склад групи аудиту. При цьому, враховується наступне положення: члени групи аудиту повинні бути незалежними від об'єкту аудиту (тобто, аудитор не має право брати участь у перевірці структурного підрозділу/процесу, до якого він відноситься). Проректор з науково-педагогічної роботи та директор Центру забезпечення якості має право брати участь у перевірках всіх структурних підрозділів, в яких проводиться аудит. Також Рада з якості розробляє програму аудиту (Додаток 1). На рис. 1 наведена послідовність робіт з формування та виконання програми аудиту, розроблена на основі вимог ДСТУ ISO 19011.

Керування аудитами здійснюється на основі процесного підходу PDCA (Плануй – Виконуй – Перевіряй – Дій).

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

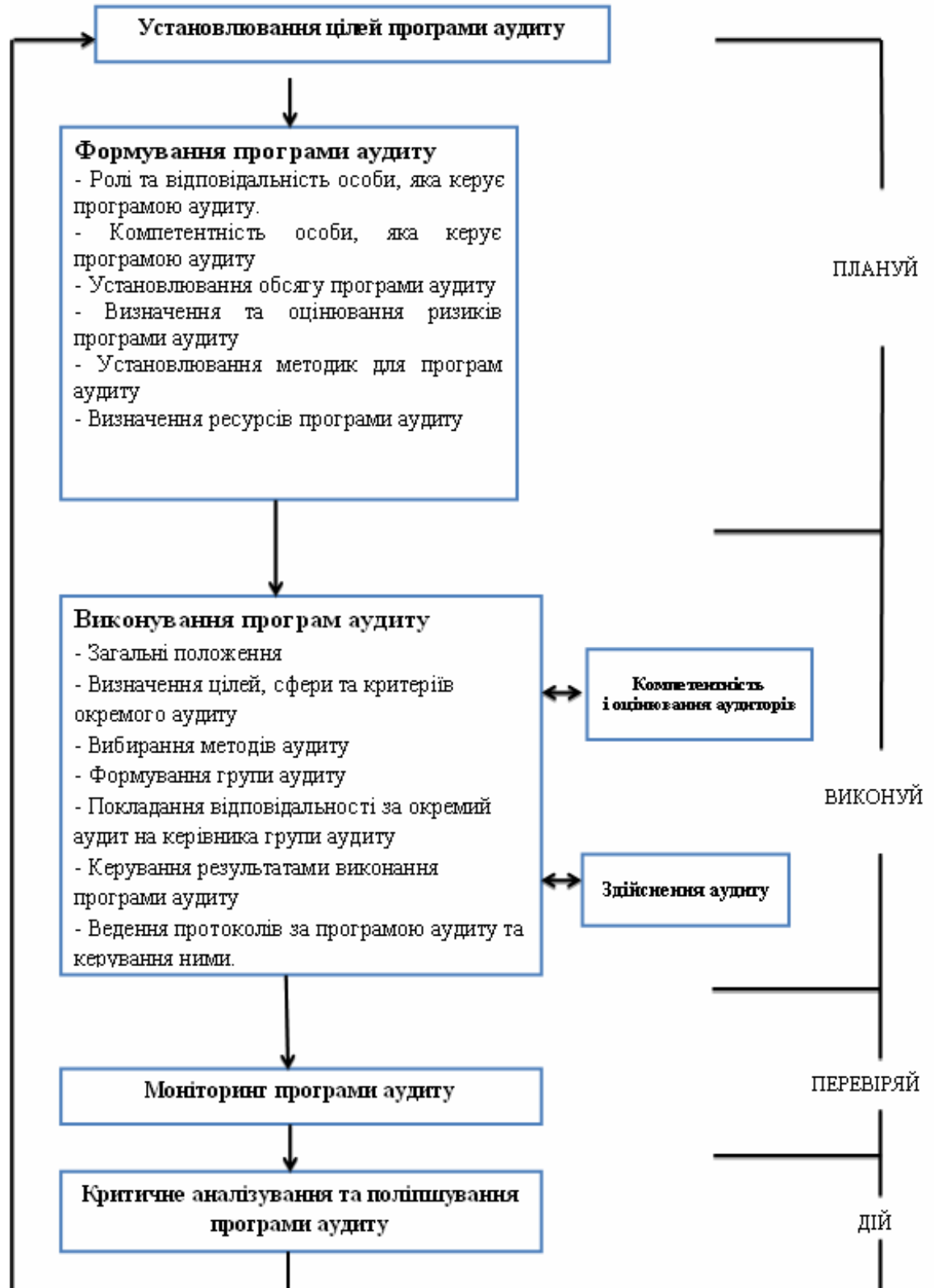


Рисунок 1 – Послідовність робіт з формування та виконання програми аудиту

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

6. ПРОЦЕДУРА ЗДІЙСНЕННЯ АУДИТУ

6.1. Загальні положення

Внутрішній аудит може бути плановим і позаплановим.

Плановий аудит проводиться відповідно до Програми аудиту, що затверджується Радою з якості закладу. Періодичність аудитів структурних підрозділів Університету визначається з урахуванням вагомості процесів, що здійснюються цим структурним підрозділом, результатами попередніх аудитів.

Структурні підрозділи, відповідальні за виконання основних процесів, підлягають внутрішньому аудиту щонайменше один раз протягом трирічного періоду. За потреби, з урахуванням результатів попередніх аудитів, рівня ризиків та суттєвості процесів, аудити можуть проводитися частіше.

Позапланові аудити можуть проводитися у разі:

- зміни організаційної структури Університету;
- наявності порушень (відхилень, невідповідностей), які суттєво впливають на результати освітньої та наукової діяльності Університету;
- наявності претензій від замовників (стейкхолдерів);
- запровадження нових стандартів;
- організації роботи з підготовки справ щодо ліцензування освітньої діяльності та акредитації освітніх програм та Університету в цілому.

Позапланові перевірки можуть ініціюватися ректором, проректорами чи керівниками структурних підрозділів Університету.

Послідовність здійснення аудиту наведена на рис. 2.

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

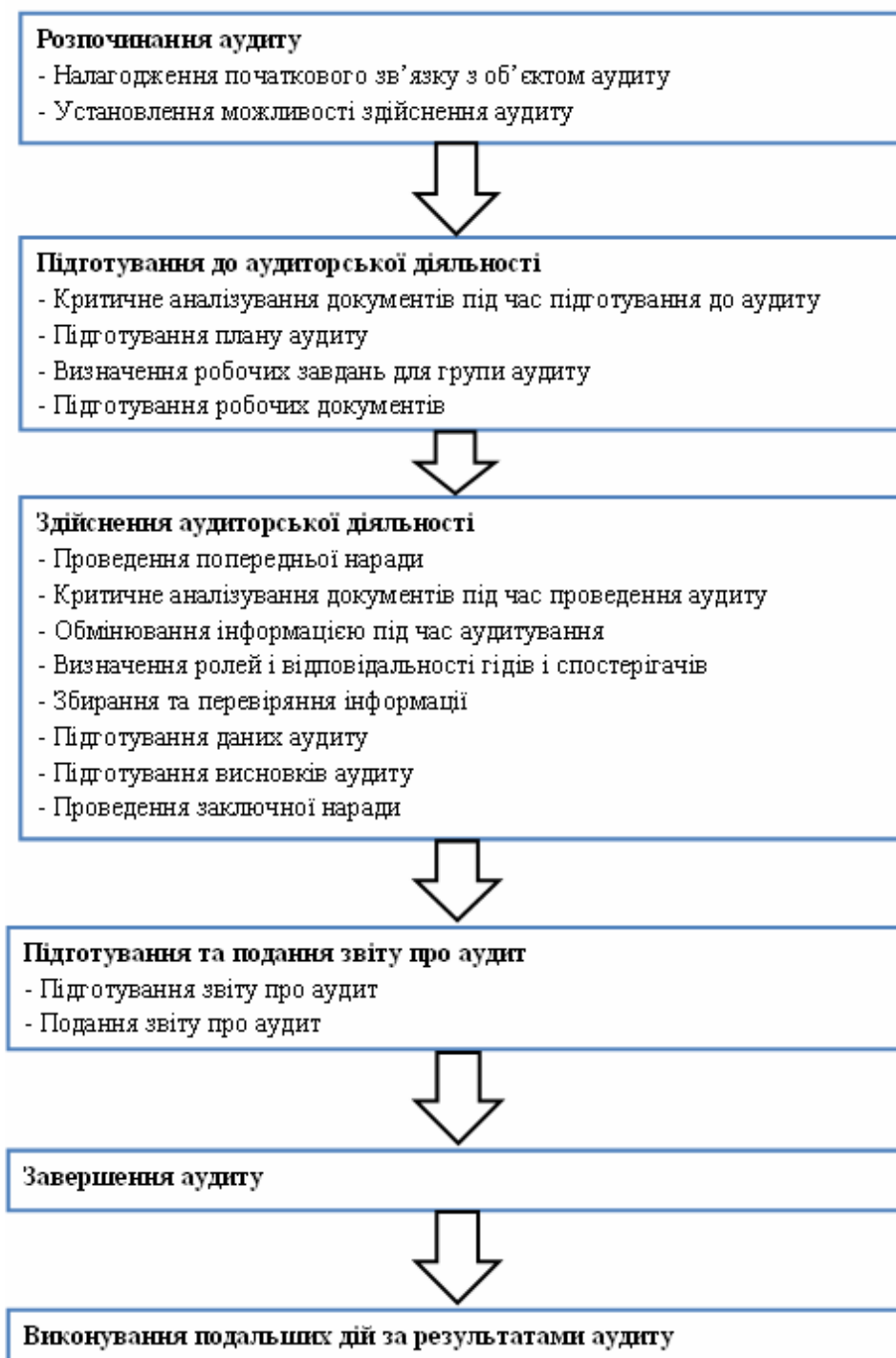


Рисунок 2 – Послідовність здійснення аудиту

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

6.2.Проведення внутрішнього аудиту

6.2.1. Організацію внутрішнього аудиту структурного підрозділу покладено на групу з аудиту. За 15 днів до проведення аудиту, керівник групи з аудиту розробляє та погоджує План внутрішнього аудиту (*Додаток 2*). План внутрішнього аудиту затверджується ректором Університету.

6.2.2. До початку проведення аудиту, Рада з якості готує та затверджує перелік контрольних питань, необхідних для проведення аудиту, виходячи із звітів попередніх внутрішніх аудитів, зауважень і пропозицій стейкхолдерів та експертів. На основі переліку питань формується контрольний лист, форма якого наведена в *Додатку 3*.

6.2.3. За 15 днів керівник групи з аудиту повинен попередити керівництво підрозділу, який будуть перевіряти, про проведення внутрішнього аудиту.

6.2.4. Керівник групи з аудиту проводить попередню нараду за участю керівництва структурного підрозділу, що перевіряється, з метою: пояснення цілей, мети і завдань аудиту; представлення групи аудиторів; пояснення методів аудиту; інформування про план і програму аудиту; дату і час аудиту, місце проведення, призначення супроводжуючих осіб з боку структурного підрозділу, що перевіряється.

6.2.5. У ході виконання внутрішнього аудиту, аудитори в присутності відповідальних представників підрозділу, який перевіряють, здійснюють:

- аналіз роботи підрозділу шляхом опитування, вивчення документів, спостереження за роботою й умовами роботи, що представляють інтерес відповідно до цілей проведення аудиту;
- перевірку процесів, які можуть бути джерелами появи значних і критичних недоліків у роботі, а також взаємоузгодження між процесами;
- запис усіх спостережень, зроблених під час аудиту.

6.2.6. Усі виявлені в ході внутрішнього аудиту невідповідності відображаються в протоколах невідповідностей (*Додаток 4*), які розглядає керівник групи з аудиту спільно з керівником структурного підрозділу, який перевіряють.

Протокол невідповідності складається у двох примірниках. Один залишається в керівника групи з аудиту, другий віддається керівникові структурного підрозділу, де здійснювалась перевірка.

6.2.7. У кінці внутрішнього аудиту, проводиться заключна нарада з керівництвом структурного підрозділу, який перевірявся, і співробітниками. На цій нараді керівник групи з аудиту представляє спостереження в порядку їх значущості та висновки аудиторів щодо ефективності системи забезпечення якості або її процесів у підрозділі, що перевіряли, переконується у правильності розуміння співробітниками підрозділу виявлених невідповідностей.

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

6.2.8. За результатами внутрішнього аудиту оформляють звіт, форма якого наведена в *Додатку 5*. Звіт оформляє група з аудиту під керівництвом керівника групи, який несе відповідальність за його точність і повноту.

6.2.9. Звіт внутрішнього аудиту повинен бути підписаний керівником групи та аудитором. Термін оформлення звіту з внутрішнього аудиту не повинен перевищувати два тижні.

6.2.10. Оформлені Контрольний аркуш, Протокол невідповідності, Звіт про аудит аудитори розміщують у виділеній Центром забезпечення якості папці на Google диску та підписують їх корпоративним електронним підписом не пізніше ніж два тижні після завершення аудиту.

6.2.11. Не менш ніж за 2 робочі дні до затвердження, звіт представляють керівнику підрозділу, що перевірявся. Якщо керівник підрозділу заперечує які-небудь результати аудиту, то спірні питання вирішуються на засіданні Ради з якості до затвердження звіту.

6.2.12. За виявленими невідповідностями керівники перевірених структурних підрозділів визначають відповідальних за проведення коригувальних і запобіжних дій.

6.2.13. Керівництво університету проводить аналіз документації за проведеними внутрішніми аудитами відповідно до ПР.03.3.1-05:2024 [Методика. Аналіз системи управління якістю керівництвом та поліпшення](#).

6.2.14. Результати аналізу потенційних невідповідностей та ризиків розглядаються на засіданнях науково-методичних рад структурних підрозділів, засіданнях Вченої ради Університету й факультетів/інститутів, ухвалюються рішення щодо потреби в запровадженні запобіжних дій/заходів, які вносяться до річних планів роботи структурних підрозділів.

6.2.15. Керівник структурного підрозділу в щорічному звіті наводить дані про здійснені запобіжні дії та в усній формі доповідає про результати на засіданнях Вченої ради, підтверджуючи виконану роботу протоколами (витягами), що свідчать про виконання запланованих заходів.

6.2.16. Аналіз результатів вжитих заходів проводить Рада з якості. Результат вважається позитивним, якщо усунуто причину потенційної невідповідності. Якщо причину потенційної невідповідності не усунуто і виникає небезпека виникнення нових потенційних невідповідностей, ухвалюються рішення щодо розроблення і впровадження додаткових запобіжних дій відповідно до ПР.03.3.1-03:2024 [Методика. Коригувальні та запобіжні дії](#).

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНІКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

Додаток 1
(обов'язковий)

Форма програми проведення внутрішніх аудитів

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Ректор Карпатського національного
університету імені Василя Стефаника
_____ *Ім'я ПРІЗВИЩЕ*
“ ____ ” _____ 20__ р.

Програма
проведення внутрішніх аудитів на _____ р.

№	Підрозділ, що заплановано перевірити	Ціль аудиту	Сфера аудиту	Критерії аудиту	Методи аудитування	Керівник групи з аудиту	Дата проведення	Ресурси аудиту	При- мітка

(посада відповідальної особи за програму аудиту)

(підпис)

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

ПОГОДЖЕНО:

(керівники підрозділів, які заплановано перевірити)

(підпис)

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

Додаток 2
(обов'язковий)

ЗАТВЕРДЖУЮ:
Ректор Карпатського національного
університету імені Василя Стефаника

_____ *Ім'я ПРІЗВИЩЕ*

“ ____ ” _____ 20__ р.

План внутрішнього аудиту системи управління якістю

_____ (назва підрозділу)

- 1 Цілі аудиту _____
- 2 Сфера аудиту _____
- 3 Критерії аудиту _____
- 4 Місця розташування (фізичні та віртуальні) _____
- 5 Дати (очікувані час і тривалість аудиторських робіт) _____
- 6 Потреби групи аудиту в ознайомленні з інфраструктурними засобами та процесами об'єкту аудиту _____
- 7 Використовувані методи аудитування _____
- 8 Ролі та відповідальність
 - членів групи аудиту _____
 - супроводжувачів _____
 - спостерігачів _____
- 9 Надання належних ресурсів _____

Керівник групи аудиту _____

(підпис)

_____ *Ім'я ПРІЗВИЩЕ*

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

Додаток 3

(обов'язковий)

Форма контрольного листа

Контрольний лист
для підготовки внутрішнього аудиту _____

(найменування структурного підрозділу)

Умовні позначення:

№	Зміст (найменування) питання, пункт НЯ, ДСТУ ISO 9001	Коментарі аудитора

_____ (посада відповідальної особи за програму аудиту)

_____ (підпис)

_____ (Ім'я ПРИЗВИЩЕ)

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

ДОДАТОК 4

(обов'язковий)

Форма протоколу невідповідностей

ПРОТОКОЛ НЕВІДПОВІДНОСТЕЙ № _____		ДАТА _____	
Підрозділ, який перевіряли:			
Керівник підрозділу:			
Аудитори:			
Процес системи управління якістю:			
Невідповідність (опис):			
Посилання на стандарт, положення, процедуру, методику:			
_____ ЗНАЧНА		_____ НЕЗНАЧНА	
Аудитори _____ підпис		Ознайомлений: Керівник підрозділу _____ підпис	
Необхідність додаткового аудиту: _____ Так _____ Ні			
Коригувальні дії (заповнює керівник підрозділу):			
Дата виконання:		Керівник підрозділу _____ підпис	
Коригувальні дії виконано: _____ Так _____ Ні			
Фактична дата усунення невідповідностей:			
Висновок:			
Керівник групи _____ підпис, дата		Аудитор _____ підпис, дата	
Додаткові заходи:			

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

ДОДАТОК 5
(обов'язковий)

Форма звіту внутрішнього аудиту

Звіт внутрішнього аудиту № _____

1 Цілі аудиту _____

2 Сфера аудиту _____

3 Підрозділ, що перевіряли _____

4 У аудиті брали участь:
члени групи аудиту _____
супроводжувачі _____
спостерігачі _____

5 Дата та місце проведення аудиту _____

6 Критерії аудиту _____

7 Дані аудиту та відповідні докази _____

8 Невідповідності:

№ пункту контрольного листа	Опис невідповідності

9 Висновки аудиту _____

10 Твердження про ступінь дотримання критеріїв аудиту _____

11 Неврегульовані розбіжності в судженнях групи аудиту та об'єкта аудиту _____

12 Дата подання звіту _____

Додатки: Контрольний лист, План аудиту

Аудит є вибірковим обстеженням, тому наявний ризик, що перевірені докази аудиту не є репрезентативними.

Керівник групи _____
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Аудитори _____
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

	ЕЛЕКТРОННИЙ ФОНД ЛОКАЛЬНИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ ДОКУМЕНТІВ КАРПАТСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТЕФАНИКА	32-03:2026
	ЦЕНТР ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ	Редакція 6

ЛИСТ РЕЄСТРАЦІЇ ЗМІН

№ з/п	Номер аркуша			Підстава для внесення змін	Дата внесення змін	ПІБ відповідального за внесення змін
	зміненого	нового	вилученого			
	4	4		наказ № 675 від 15.08.2025 р.	20.01.2026 р.	Макарук О.Л.
	13	13		наказ № 675 від 15.08.2025 р.	20.01.2026 р.	Макарук О.Л.
	14	14		наказ № 675 від 15.08.2025 р.	20.01.2026 р.	Макарук О.Л.
	9	9		Протокол Ради з якості № 1 від 27.05.2026 р.	18.06.2026 р.	Макарук О.Л.