


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский национальный исследовательский  
технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ»  
(КНИТУ-КАИ)

Система менеджмента качества

СОГЛАСОВАНО

Начальник 639 ВПМО РФ

 А.Ю. Золин

« 1 » 06 20 16 г.

УТВЕРЖДАЮ

Ректор КНИТУ-КАИ

 А.Х. Ильмуллин

Дата введения в действие:

« 12 » 07 20 16 г.

**Документированная процедура  
системы менеджмента качества  
Корректирующие и предупреждающие действия  
ДП-В.8.5-01-2015**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский национальный исследовательский  
технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ»  
(КНИТУ-КАИ)**

**Система менеджмента качества**

**Содержание**

1 Область применения .....	4
2 Нормативные ссылки .....	4
3 Термины, определения и сокращения .....	6
4 Корректирующие и предупреждающие действия.....	7
4.1 Общие положения .....	7
4.2 Принципы применения корректирующих действий .....	9
4.3 Принципы применения предупреждающих действий.....	12
4.4 Организация анализа причин несоответствий и выработки корректирующих и предупреждающих действий.....	15
5 Заключительные положения .....	20
Лист ознакомления.....	23

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский национальный исследовательский  
технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ»  
(КНИТУ-КАИ)

Система менеджмента качества

**Предисловие**

1 РАЗРАБОТАНО в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Казанский национальный исследовательский технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ» (КНИТУ-КАИ)

2 РАЗРАБОТЧИКИ

Козлова А.Т., Хасанова А.Р., Кононенко А.Ю.

3 СОГЛАСОВАНО

Представитель руководства по СМК (в части ГОСТ РВ)

Проректор по НиИД

Представитель 639 ВП МО РФ

Михайлов С.А.

4 ПРОВЕРИЛ

Начальник отдела менеджмента качества Козлова А.Т.

5 ВЗАМЕН

Документированная процедура система менеджмента качества.  
Корректирующие и предупреждающие действия. ДП-В.8.5-01-2015 (Версия 01)

Настоящий документ системы менеджмента качества является собственностью КНИТУ-КАИ, предназначен для служебного пользования в КНИТУ-КАИ и передаче в другие организации без письменного разрешения ректора университета не подлежит, если иное не предусмотрено техническими нормативно-правовыми актами.

## **1 Область применения**

1.1 Настоящая Процедура разработана в соответствии с ГОСТ ISO 9001-2011 и ГОСТ РВ 0015-002-2012 и устанавливает требования к порядку разработки корректирующих и предупреждающих действий по устранению причин несоответствий выявленных в процессе реализации научно-исследовательской деятельности в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Казанский национальный исследовательский технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ» (далее - КНИТУ-КАИ, университет).

1.2 Данная Процедура распространяется на структурные подразделения выполняющие работы с участием и под контролем ВП.

## **2 Нормативные ссылки**

В настоящей Procedure использованы нормативные ссылки на следующие документы:

- ГОСТ ISO 9000-2011 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь;
- ГОСТ ISO 9001-2011 Системы менеджмента качества. Требования;
- ГОСТ Р 1.5-2005 ГСС РФ. Стандарты. Общие требования к построению, изложению, оформлению, содержанию и обозначению;
- ГОСТ 2.501-88 ЕСКД. Правила учета и хранения;
- ГОСТ 2.503-90 ЕСКД. Правила внесения изменений;

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский национальный исследовательский  
технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ»  
(КНИТУ-КАИ)**

**Система менеджмента качества**

– ГОСТ Р 6.30-2003 Унифицированные системы документации. Унифицированная система организационно - распорядительной документации. Требования к оформлению документов;

– ГОСТ РВ 0001-005-2006 Система стандартизации оборонной продукции. Порядок внедрения стандартов на оборонную продукцию;

– ГОСТ РВ 2.902-2005 ЕСКД. Порядок проверки, согласования и утверждения конструкторской документации;

– ГОСТ РВ 0015-002-2012 СРПП. ВТ. Системы менеджмента качества. Общие требования;

– ГОСТ РВ 0015-101-2010 СРПП. ВТ. Тактико-техническое (техническое) задание на выполнение научно-исследовательских работ;

– ГОСТ РВ 15.201-2003 СРПП. ВТ. Тактико-техническое (техническое) задание на выполнение опытно-конструкторских работ;

– ГОСТ РВ 15.203-2001 СРПП. ВТ. Порядок выполнения опытно-конструкторских работ по созданию изделий и их составных частей. Основные положения;

– ГОСТ РВ 15.205-2004 СРПП. ВТ. Порядок выполнения опытно-конструкторских работ по созданию комплектующих изделий межотраслевого применения. Основные положения

– ГОСТ 7.32-2001 Межгосударственный стандарт. Система стандартов по информации, библиотечному и издательскому делу. Отчет о научно-исследовательской работе. Структура и правила оформления;

– РК-В-01-2015 Руководство по качеству;

– ДП-В.8.2.2-01-2015 «Документированная процедура. Управление внутренними аудитами»;

Версия: 02

**ДП-В.8.5-01-2015**

Лист 5  
Листов 23

- ДП-В.4.2.3-01-2015 «Документированная процедура. Управление документацией»;
- ДП-В.4.2.4-01-2015 «Документированная процедура. Управление записями»;
- ДП-В.8.3-01-2015 «Документированная процедура. Управление несоответствующей продукцией».

### **3 Термины, определения и сокращения**

В настоящей процедуре используются следующие термины и определения:

**Испытания** - экспериментальное определение количественных и (или) качественных характеристик свойств объекта испытаний как результата воздействия на него, при его функционировании, при моделировании объекта и (или) воздействий.

**Предупреждающее действие** – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

**Корректирующее действие** – действие, предпринятое для устранения причины обнаруженного несоответствия или другой нежелательной ситуации.

**Несоответствие** – невыполнение требования.

**Соответствие** – выполнение требования.

**Требование** – потребность или ожидание, которое установлено, обычно предполагается или является обязательным.

В настоящей процедуре приняты следующие сокращения:

**ВП** - военное представительство МО РФ;

**НИОКР** – научно-исследовательская и опытно-конструкторская работа;

**ОМК** – отдел менеджмента качества;

**ПР(СМК)** - Представитель руководства по СМК (в части ГОСТ РВ);

**СМК** - система менеджмента качества;

**УНИР** - Управление научно-исследовательских работ.

## **4 Корректирующие и предупреждающие действия**

### **4.1 Общие положения**

4.1.1 Целью разработки и реализации корректирующих или предупреждающих действий является устранение причин несоответствий для предупреждения их повторного или прогнозируемого возникновения.

В качестве основных конечных задач корректирующих и предупреждающих действий в КНИТУ-КАИ рассматриваются:

- повышение качества продукции и удовлетворение всех установленных и ожидаемых требований потребителей к продукции;
- повышение доверия у потребителей к выпускаемой продукции;
- обеспечение уверенности руководства университета в том, что требования к качеству выполняются, и что происходит улучшение качества продукции;
- выработка у персонала университета ответственности за выполнение установленных требований и понимания того, что качество труда может и должно повышаться;
- снижение потерь от несоответствующей продукции;
- обеспечение соответствия СМК требованиям ГОСТ ISO 9001 и ГОСТ РВ 0015-002, повышение ее результативности и эффективности.

4.1.2 Корректирующие и предупреждающие действия являются основной составляющей частью принятых в университете общих принципов непрерывного

улучшения деятельности и ее результатов.

4.1.3 Корректирующие и предупреждающие действия разрабатываются по результатам анализа информации, полученной и накопленной при мониторинге объектов, и сопоставления результатов анализа с установленными требованиями и целями в области качества.

4.1.4 Любое корректирующее или предупреждающее действие, предпринятое для устранения причин фактических или потенциальных несоответствий, должно соответствовать значению проблемы и быть соразмерным встретившимся видам рисков.

4.1.5 Применение процедур корректирующих и предупреждающих действий, выявление и устранение причин несоответствий должно проводиться на следующих уровнях управления качеством в университете:

- на уровне исполнителя (только для корректирующих действий);
- на уровне структурного подразделения;
- на уровне университета.

4.1.6 Системное руководство работами по корректирующим и предупреждающим действиям осуществляет ПР(СМК).

4.1.7 Ответственность за разработку и реализацию корректирующих и предупреждающих действий в подразделениях университета несут их руководители.

4.1.8 Руководители подразделений обязаны обеспечить понимание персоналом подразделений принципов применения корректирующих и предупреждающих действий и необходимости их применения на практике в целях повышения качества труда.

4.1.9 Ответственность за разработку, контроль, учет корректирующих и предупреждающих действий приведена в Приложении А.



## **4.2 Принципы применения корректирующих действий**

4.2.1 Процедуры корректирующих действий, как составляющая часть процесса непрерывного улучшения деятельности и связанных с ней результатов, используются для устранения причин имевшихся или имеющих место несоответствий продукции, процессов, процедур СМК и предотвращения в будущем этих несоответствий.

4.2.2 Принятый в университете процесс улучшения с использованием корректирующих действий включает:

- постановку конкретных целей;
- контроль (оценку) выполнения поставленных целей;
- накопление данных по результатам контроля (оценки);
- выявление имеющих место несоответствий;
- идентификацию (регистрацию) несоответствий;
- анализ несоответствий, в том числе претензий потребителей, и выявление их причин;
- устранение обнаруженных несоответствий (при необходимости);
- оценку необходимости проведения действий для избегания повторения несоответствий;
- разработку корректирующих действий для предотвращения причин возникновения несоответствий;
- выполнение корректирующих действий;
- контроль выполнения корректирующих действий и регистрацию их результатов;
- анализ результативности предпринятых корректирующих действий.

4.2.3 В качестве конкретных целей могут рассматриваться:

- технические требования - для продукции;
- обеспеченность процессов нормативной документацией;
- показатели качества выполнения НИОКР, проведения испытаний;
- цели в области качества - для структурных подразделений университета.

4.2.4 Накопление данных по результатам контроля (оценки) осуществляется в соответствии с ДП-В.4.2.4-01-2015 «Документированная процедура системы менеджмента качества. Управление записями» и другими локальными нормативными документами КНИТУ-КАИ, регламентирующими формы регистрации записей (данных о качестве).

4.2.5 Сбор, учет и обработка информации по несоответствующей продукции осуществляется согласно ДП-В.8.3-01-2015 «Документированная процедура системы менеджмента качества. Управление несоответствующей продукцией».

4.2.6 Выявленные несоответствия должны идентифицироваться среди накопленных данных о качестве или регистрироваться в соответствующей документации (протоколах анализа, протоколах совещаний, рабочих тетрадях руководителей подразделений и др.).

4.2.7 Анализ причин несоответствий осуществляется персоналом, отвечающим в соответствии с должностными инструкциями за выполнение НИОКР, проведение испытаний, а также ответственными за СМК в части ГОСТ РВ 0015-002-2012, деятельность которых определена в РИ.5.5.2-01-2014 «Рабочая инструкция ответственного за систему менеджмента качества (в части ГОСТ РВ 0015-002-2012)».

4.2.8 При анализе обязательно установление факта: является ли несоответствие случайным явлением или обусловлено систематически

действующими факторами.

4.2.9 Устранение обнаруженных несоответствий (коррекция) осуществляется в соответствии с ДП-В.8.3-01-2015 «Документированная процедура системы менеджмента качества. Управление несоответствующей продукцией».

4.2.10 Разработка корректирующих действий, направленных на устранение причин возникновения несоответствий для предотвращения их повторения, и организация их последующего выполнения является обязанностью ПР(СМК) совместно с ОМК по закрепленным направлениям деятельности и обязанностью руководителей подразделений по направлениям деятельности подразделений.

4.2.11 Корректирующие действия должны быть утверждены ректором университета и согласованы с ВП.

4.2.12 Разработанные корректирующие действия включаются в планы и программы обеспечения качества продукции, в обязательные для исполнения решения совещаний в структурных подразделениях, проводимых руководством университета и руководителями подразделений.

4.2.13 Контроль выполнения, регистрацию результатов корректирующих действий на уровне университета, анализ и определение их результативности и эффективности осуществляет ОМК.

4.2.14 Руководители структурных подразделений организуют и проводят контроль, регистрацию результатов и анализ реализации корректирующих действий на уровне структурных подразделений.

4.2.15 Контроль выполнения корректирующих действий обязателен также при проведении внутренних аудитов в соответствии с ДП-В.8.2.2-01-2015 «Документированная процедура. Управление внутренними аудитами».

### **4.3 Принципы применения предупреждающих действий**

4.3.1 Процедуры предупреждающих действий, как составляющая часть цикла непрерывного улучшения деятельности и связанных с ней результатов, используются для устранения причин потенциальных несоответствий продукции, процессов, процедур СМК, которые могут повлечь за собой несоответствия различного характера.

4.3.2 Для применения предупреждающих действий выявляются "слабые", "недостаточно надежные", "потенциально опасные" и тому подобные направления уже осуществляемой деятельности. Мониторинг за такими видами деятельности и установленные критерии позволяют выявлять отрицательные тенденции и получать сигналы о возможном "выходе" за пределы приемлемых показателей (параметров).

4.3.3 Следует правильно идентифицировать предупреждающие действия и не выдавать за них мероприятия по плановой подготовке к новым видам деятельности, контрольную деятельность, другие действия по улучшению.

4.3.4 Принятый в университете процесс улучшения с использованием предупреждающих действий включает:

- использование соответствующих источников информации и накопление данных, характеризующих продукцию, процессы, процедуры СМК;
- анализ накопленных данных;
- установление потенциальных несоответствий;
- идентификацию (регистрацию) потенциальных несоответствий;
- анализ потенциальных несоответствий и выявление их причин;
- оценку необходимости проведения действий для предупреждения появления несоответствий;
- разработку предупреждающих действий для предотвращения причин

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский национальный исследовательский  
технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ»  
(КНИТУ-КАИ)**

**Система менеджмента качества**

возникновения несоответствий;

- реализацию предупреждающих действий;
- контроль выполнения предупреждающих действий и регистрацию их результатов;
- анализ результативности предпринятых предупреждающих действий.

4.3.5 Накопление данных, характеризующих продукцию, процессы и процедуры СМК, осуществляется по правилам, установленным в ДП-В.4.2.4-01-2015 «Документированная процедура системы менеджмента качества. Управление записями».

4.3.6 На общесистемном уровне основными, подлежащими накоплению и систематизации, данными о качестве являются:

- результаты анализа пригодности, результативности и эффективности СМК для реализации Политики и Целей в области качества;
- данные по удовлетворенности потребителей;
- данные по состоянию качества продукции и ее соответствию предъявляемым требованиям;
- сведения об уровне процессов;
- сведения о состоянии технологического, испытательного и контрольного оборудования;
- данные о наличии, компетентности и профессиональном уровне подготовки работников структурных подразделений КНИТУ-КАИ;
- несоответствия, выявленные при проведении внешних и внутренних аудитов;
- сведения о развитии науки и техники в областях деятельности университета и смежных отраслях.

4.3.7 На уровне подразделений номенклатуру и состав накапливаемых данных о качестве определяют руководители подразделений.

4.3.8 Выявление потенциальных несоответствий является результатом процессов анализа. Выявленные несоответствия должны регистрироваться в материалах анализа и идентифицироваться в массиве проанализированных данных.

4.3.9 Идентификация потенциальных несоответствий для продукции университета, регистрация потенциальных несоответствий для процессов и процедур СМК являются обязательными.

4.3.10 Анализ причин потенциальных несоответствий осуществляется персоналом, отвечающим в соответствии с должностными инструкциями за выполнение НИОКР, проведение испытаний, а также ответственными за СМК в части ГОСТ РВ 0015-002-2012, деятельность которых определена в РИ.5.5.2-01-2014 «Рабочая инструкция ответственного за систему менеджмента качества (в части ГОСТ РВ 0015-002-2012)».

4.3.11 Оценка необходимости проведения и разработка предупреждающих действий, направленных на устранение причин потенциальных несоответствий для предотвращения их возникновения, и организация их последующего выполнения является обязанностью руководителей подразделений по направлениям деятельности этих подразделений.

4.3.12 Разработанные предупреждающие действия включаются в планы и программы обеспечения качества продукции, в обязательные для исполнения решения производственных совещаний. Предупреждающие действия согласовываются с ВП.

4.3.13 Контроль выполнения, регистрацию результатов предупреждающих

действий на уровне университета, анализ и определение их результативности и эффективности осуществляет ОМК.

4.3.14 Руководители подразделений организуют и проводят контроль, регистрацию результатов и анализ реализации предупреждающих действий на уровне подразделений.

4.3.15 Контроль выполнения предупреждающих действий обязателен также при проведении внутренних аудитов в соответствии с ДП-В.8.2.2-01-2015 «Документированная процедура. Управление внутренними аудитами».

#### **4.4 Организация анализа причин несоответствий и выработки корректирующих и предупреждающих действий**

##### 4.4.1 Работы на уровне исполнителей

4.4.1.1 Основой для анализа причин несоответствий и выработки корректирующих действий на уровне исполнителей, является проверка исполнителями в процессе выполнения НИОКР, проведения испытаний:

- материалы и комплектующие изделия;
- продукция, находящаяся в производстве;
- конечная продукция;
- выполняемые процедуры.

4.4.1.2 В случае обнаружения несоответствия при проведении самоконтроля в целях установления и устранения причин несоответствия исполнитель обязан:

- повторно проверить изготовленную, но не сданную, продукцию и в допустимых случаях устранить несоответствие самостоятельно;
- убедиться в том, что им не были нарушены порядок выполнения НИОКР, проведения испытаний;

– проанализировать свои действия в процессе выполнения НИОКР, проведения испытаний и оценить возможность совершения им ошибки и ее причины;

– отрабатывать навыки выполнения операций, исключая возможность повторения ошибок.

4.4.1.3 В случае если причиной несоответствия окажутся недостатки в документации, технологии, оснастке, материалах, комплектующих изделиях или несоответствие возникло и пропущено с предыдущей операции, он должен сообщить об этом непосредственному руководителю.

4.4.1.4 Контроль за выполнением требований осуществляет непосредственный руководитель путем беседы с исполнителем в случае сдачи им несоответствующей продукции, а также в процессе текущей проверки соблюдения требований технической документации.

4.4.1.5 В случае обнаружения несоответствия в процессе или процедуре СМК исполнитель обязан сообщить об этом непосредственному руководителю для принятия решения или для постановки на более высоком уровне вопроса о выявленном несоответствии и необходимости принятия мер по его устранению.

4.4.1.6 По несоответствиям, связанным с ненадлежащей подготовкой и квалификацией исполнителей, корректирующие действия направлены на обучение и повышение квалификации кадров.

#### 4.4.2 Работы на уровне структурного подразделения

4.4.2.1 Работу по анализу причин выявленных несоответствий или причин потенциальных несоответствий и выработке корректирующих/ предупреждающих действий возглавляет руководитель подразделения, который несет ответственность за состояние дел в подразделении по данному вопросу.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский национальный исследовательский  
технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ»  
(КНИТУ-КАИ)**

**Система менеджмента качества**

4.4.2.2 В своей деятельности руководитель подразделения должен придерживаться следующих принципов:

– сокрытие несоответствий и ошибок, приводящих к несоответствиям, недопустимо;

– причина любого появления несоответствия или потенциального несоответствия, даже малозначительного, должна быть определена и по ней должны быть приняты корректирующие/предупреждающие действия, исключающие повторение или проявление этой причины;

– все интеллектуальные и технические возможности подразделения должны быть направлены в первую очередь на повышение качества труда, его результатов, предупреждение несоответствий, устранение причин обнаруженных и потенциальных несоответствий;

– требования настоящей документированной процедуры являются минимальными и руководитель подразделения имеет право их расширять и конкретизировать применительно к специфике подразделения путем введения дополнительных требований в должностные инструкции работников и положение о структурном подразделении.

4.4.2.3 Накопление результатов контроля (оценки), выявление, анализ причин имеющихся несоответствий и потенциальных несоответствий осуществляют ответственные за СМК в части ГОСТ РВ 0015-002-2012.

4.4.2.4 Порядок анализа в подразделении должен предусматривать следующие процедуры:

– первичный анализ причин выявленного несоответствия, потенциального несоответствия и определение мер по их исключению проводят ответственные за выполнение НИОКР, проведение испытаний;

– в случае если ответственные за процессы не определяют причину или необходимые меры по устранению причины, они должны доложить об этом руководителю подразделения, который в этом случае собирает производственное совещание с приглашением ведущих специалистов подразделения в соответствии с необходимостью, на котором рассматривается вопрос о причине несоответствия и мерах по ее устранению. Руководители подразделений, к которым обращаются за помощью в проведении анализа, не вправе отказать в направлении своего представителя для анализа причин несоответствия;

– если участники совещания по результатам рассмотрения материалов не пришли к согласованному мнению о причинах несоответствия и мерах по его устранению, то на совещании должен быть подготовлен план работ по определению причин несоответствия и разработке мер по их устранению, который утверждается руководителем подразделения;

– если расследование причин несоответствий и реализация мер по их устранению требуют дополнительных ресурсов (закупка соответствующих материалов и комплектующих изделий, совершенствование процессов и др.), то руководитель подразделения должен довести эту информацию до сведения ПР(СМК) для дальнейшего решения в установленном порядке.

4.4.2.5 При обнаружении несоответствий в процедурах СМК руководитель подразделения направляет замечания и предложения по пересмотру документации СМК разработчикам конкретных документов по процедурам и в системе менеджмента качества.

#### 4.4.3 Работы на уровне университета

4.4.3.1 Анализ причин выявленных и потенциальных несоответствий продукции, процессов и СМК на уровне университета в целом организуется в

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский национальный исследовательский  
технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ»  
(КНИТУ-КАИ)**

**Система менеджмента качества**

рамках функционирования Совета по качеству (в соответствии с МИ.5.5.1-02-2015 «Положение о Совете по качеству»).

4.4.3.2 Общее руководство работами на уровне университета осуществляет ПР(СМК).

4.4.3.3 Организационную, обеспечивающую и методическую работу проводит ОМК в соответствии с настоящей документированной процедурой.

4.4.3.4 Работа на уровне университета направлена на разработку и реализацию организационных и технических мероприятий, исключающих возможность повторения причин несоответствий, а также мероприятий профилактического характера, направленных на предотвращение возможности появления несоответствий.

4.4.3.5 Для этого на заседаниях Совета по качеству оценивается результативность и эффективность работы подразделений или университета в целом и результаты предыдущей деятельности в части устранения причин несоответствий и реализации мер, исключающих недостатки в этой деятельности.

4.4.3.6 Проведение заседаний Совета по качеству организуется на основании следующих материалов:

- сведений обо всех случаях несоответствий, имевших место в процессах за истекший период, их причинах и принятых мерах;
- сведений о поступивших претензиях и рекламациях;
- сведений о повторяющихся несоответствиях;
- сведений о выявленных несоответствиях процедур СМК;
- результатов системного анализа несоответствий за истекший период;
- сведений о потенциальных несоответствиях.

4.4.3.7 Решения, принятые на заседаниях Совета по качеству фиксируются в

протоколах и вместе с разработанными планами корректирующих и предупреждающих мероприятий рассылаются исполнителям этих решений и мероприятий.

4.4.3.8 Подлинники протоколов заседания Совета по качеству в целом вместе с подлинниками разработанных и утвержденных корректирующих и предупреждающих действий передаются в ОМК и хранятся не менее 3 лет.

4.4.3.9 Контроль выполнения корректирующих и предупреждающих действий на уровне университета, регистрацию и анализ их результативности осуществляет ПР(СМК) при проведении совещаний.

## **5 Заключительные положения**

5.1 Настоящая Процедура, а так же внесение изменений, дополнений и переиздание документа осуществляется в соответствии с ДП-В.4.2.3-01-2015 «Документированная процедура системы менеджмента качества. Управление документацией», и утверждаются ректором университета, по согласованию с начальником 639 ВП МО РФ.

5.2 Учет, рассылка, хранение и изъятие документа из обращения производится в соответствии с ДП-В.4.2.3-01-2015 «Документированная процедура системы менеджмента качества. Управление документацией».

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский национальный исследовательский  
технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ»  
(КНИТУ-КАИ)**

**Система менеджмента качества**

**Приложение А**

**Ответственность за разработку, контроль и учет корректирующих и/или  
предупреждающих действий**

Документы, содержащие корректирующие и/или предупреждающие действия	Ответственный исполнитель	Соисполнители	Контроль	Учет и хранение
---	---------------------------	---------------	----------	-----------------

**Общий случай**

Документ по направлению деятельности	Руководители структурных подразделений	Работники назначенных подразделений	ПР(СМК)	Подразделение-исполнитель
--------------------------------------	--	-------------------------------------	---------	---------------------------

**По важнейшим направлениям деятельности**

1 Цели в области качества КНИТУ-КАИ	Ректор	ПР(СМК)	Ректор	ОМК
2 Цели в области качества подразделения	Руководители структурных подразделений	Работники подразделения	Курирующий проректор	ОМК
3 Отчетная документация по анализу СМК со стороны руководства	ПР(СМК)	ОМК	Ректор	ОМК
4 Журналы регистрации несоответствующей продукции	ОМК	Руководители структурных подразделений	ПР(СМК)	ОМК
5 Претензии и рекламации потребителей	УНИР	ОМК	ПР(СМК)	УНИР
6 Протоколы заседания Совета по качеству	ПР(СМК)	ОМК	Ректор	ОМК
7 Мероприятия по устранению несоответствий и замечаний, выявленных при внутренних аудитах	Руководители структурных подразделений	Работники структурных подразделений	ПР(СМК)	ОМК

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Казанский национальный исследовательский  
технический университет им. А.Н. Туполева-КАИ»  
(КНИТУ-КАИ)**

**Система менеджмента качества**

**Лист регистрации изменений и дополнений**

№ изм ене ния	Дата внесения изменения, проведения ревизии	Номера листов	Документ, на основании которого внесено изменение	Краткое содержание изменения	Ф.И.О. подпись
1	2	3	4	5	6

