|  |  |
| --- | --- |
| Лого_Медколледж | **Министерство здравоохранения Республики Татарстан****ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»** |
| **Система менеджмента качества**  |
| **Ф/ 03** | **Программа внутреннего аудита** |

**Программа внутреннего аудита.**

1. Основание для аудита \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( № приказа)

2. Тип внутреннего аудита (плановый, внеплановый)

3. Цели аудита:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Критерии****аудита** | **Объем аудита** | **Аудиторы** | **Представитель** **структурного** **подразделения** |
| **Область аудита****деятельность/****процесс/****структурное подразделение** | **Дата и время проведения аудита** |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |
|   |  |  |  |  |

**Согласовано:**

**Руководитель группы аудиторов** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, дата, расшифровка подписи)

**Руководитель структурного подразделения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, дата, расшифровка подписи)