

	Politechnika Morska w Szczecinie System Zarządzania Jakością ISO 9001:2015	
	PROCEDURA: 10.2.1	
	Działania korygujące	
Wersja:	6.2	
Strona:	1/5	
Rozdział normy:	10	

SPIS TREŚCI

1. CEL I ZAKRES
2. KWALIFIKACJE I ODPOWIEDZIALNOŚĆ
3. PRZEBIEG DZIAŁAŃ
4. DOKUMENTY ZWIĄZANE
5. INFORMACJE DODATKOWE
6. WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

EGZEMPLARZ NADZOROWANY

	Imię i Nazwisko	Data	Podpis
Opracował:	Katarzyna Prill	01.10.2024	
Sprawdził:	Elżbieta Wojniłko	01.10.2024	
Zatwierdził:	Elżbieta Wojniłko	01.10.2024	

	Politechnika Morska w Szczecinie System Zarządzania Jakością ISO 9001:2015	
	PROCEDURA: 10.2.1	
	Działania korygujące	
Wersja:	6.2	
Strona:	2/5	
Rozdział normy:	10	

1. CEL I ZAKRES

Ustalenie trybu postępowania w przypadku wystąpienia niezgodności oraz sposobu przeprowadzenia działań korygujących mających na celu wyeliminowanie przyczyn istniejącej niezgodności lub innej niepożądaney sytuacji w celu niedopuszczenia do ponownego jej wystąpienia.

Procedura swoim zakresem obejmuje wszystkie stanowiska w Politechnice Morskiej w Szczecinie w odniesieniu do jednostek organizacyjnych objętych Systemem Zarządzania Jakością i obowiązuje w każdym przypadku stwierdzenia niezgodności, mającej wpływ na jakość.

2. KWALIFIKACJE I ODPOWIEDZIALNOŚĆ

2.1. Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji musi posiadać następujące kwalifikacje:

- wykształcenie wyższe,
- minimum 5 lat pracy w Politechnice Morskiej,
- znajomość normy ISO serii 9000 potwierdzone świadectwem ukończenia kursu,

i jest odpowiedzialny za:

- ocenę kompletności i prawidłowości przeprowadzenia działań korygujących,
- podjęcie decyzji o przeprowadzeniu auditu sprawdzającego,
- przegląd podjętych działań zapobiegawczych,
- podejmowanie działań korygujących,
- kierowanie Kart niezgodności oraz Kart działań korygujących do właściwych osób w celu podjęcia działań,
- informowanie Prorektora ds. Kształcenia o działaniach korygujących oraz ich skuteczności,

2.2. Prorektor ds. Kształcenia i Rozwoju posiada kwalifikacje zgodne ze Statutem Uczelni oraz zakresem obowiązków i jest odpowiedzialny za określenie potencjalnych niezgodności i ich przyczyn.

2.3. Osoby biorące udział w realizacji niniejszej procedury odpowiadają za terminową realizację działań korygujących, które znajdują się w zakresie ich działania.

3. PRZEBIEG DZIAŁAŃ

	Politechnika Morska w Szczecinie System Zarządzania Jakością ISO 9001:2015	
	PROCEDURA: 10.2.1	
	Działania korygujące	
Wersja:	6.2	
Strona:	3/5	
Rozdział normy:	10	

3.1. Podstawą do podjęcia działań korygujących są Karty niezgodności.

3.2 Karty niezgodności powstają w wyniku stwierdzonych niezgodności podczas:

- auditów,
- realizacji procesu kształcenia,
- na podstawie zgłaszanych reklamacji,
- sprawozdań z przeglądu zarządzania.

3.3. Niezgodność może być zgłoszona przez każdego pracownika lub powołanego audytora.

3.4. Karty niezgodności wystawia auditor, Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji oraz Prorektor ds. Kształcenia i Rozwoju. Osoba zgłaszająca niezgodność może zasugerować działania korygujące.

3.5. Karty niezgodności służą jako podstawa do wystawienia Karty działań korygujących przez Dyrektora Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji lub audytora, który stwierdził niezgodność.

3.6. Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji dokonuje wstępnej analizy i oceny niezgodności opisanej w Karcie niezgodności.

3.7. Jeśli sprawa dotyczy korekty zapisów w dokumentacji systemu, to Kierownik Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji dokonuje zmiany w oryginale dokumentu, wpisując korektę do Karty niezgodności, wydaje nową wersję dokumentu i rozsyła do wszystkich zainteresowanych osób. Tryb postępowania jest podany w *Procedurze 7.5. – Nadzór nad udokumentowaną informacją*.

3.8. Jeśli sprawa wymaga dodatkowych uzgodnień, to Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji wyznacza osobę lub powołuje zespół roboczy w celu określenia sposobu usunięcia niezgodności.

3.9. Auditor lub Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji uzgadnia z kierownikiem jednostki organizacyjnej sposób przeprowadzenia działań korygujących.

	Politechnika Morska w Szczecinie System Zarządzania Jakością ISO 9001:2015	
	PROCEDURA: 10.2.1	
Wersja:	6.2	Działania korygujące
Strona:	4/5	
Rozdział normy:	10	

3.10. Kierownik jednostki, po zrealizowaniu działań korygujących, wpisuje do Karty działań korygujących opis przeprowadzonych działań i odsyła ją do Dyrektora Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji.

3.11. Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji, po otrzymaniu Karty działań korygujących od kierownika jednostki z opisem wykonanych działań, podejmuje decyzje o:

- przyjęciu działań korygujących,
- w przypadku niepełnej realizacji podjętych działań, poleca ponowne ich wykonanie, wystawiając nową Kartę działań korygujących,
- odrzuceniu przeprowadzonych działań korygujących, wystawiając nową Kartę działań korygujących i poleca ponowne ich wykonanie.

3.12. Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji może powołać audytora sprawdzającego w celu oceny przeprowadzenia działań korygujących wg *Procedury 9.2 – Audit wewnętrzny*. Po jego zakończeniu audytor potwierdza w Karcie niezgodności ocenę działań korygujących.

3.13. Jeśli opinia audytora jest pozytywna, to proces korygujący jest zamknięty. Jeśli jest negatywna, to proces korygujący należy powtórzyć.

3.14. Dyrektor Działu Kontroli Wewnętrznej i Certyfikacji przedstawia okresowo Prorektorowi ds. Kształcenia i Rozwoju ocenę przebiegu realizacji działań korygujących.

3.15. Karty działań korygujących są przedstawiane do oceny podczas przeglądu zarządzania.

4. DOKUMENTY ZWIĄZANE

4.1. Procedury Systemu Zarządzania Jakością:

- 7.5 – *Nadzór nad udokumentowaną informacją,*
- 9.2 – *Audit wewnętrzny,*
- 9.3 – *Przegląd zarządzania.*

5. INFORMACJE DODATKOWE

5.1. Jeżeli podjęcie działań korygujących niesie za sobą skutki finansowe lub prawne, muszą one być akceptowane przez Rektora Politechniki Morskiej w Szczecinie.

	Politechnika Morska w Szczecinie System Zarządzania Jakością ISO 9001:2015	
	PROCEDURA: 10.2.1	
	Działania korygujące	
	Wersja:	6.2
Strona:	5/5	
Rozdział normy:	10	

6. WYKAZ FORMULARZY

6.1. Karta niezgodności i działań korygujących – zał. 2.