



УТВЕРЖДАЮ

Первый проректор




В.В.Демин

« 10 »ноября 2022 г.

ДОКУМЕНТИРОВАННАЯ ПРОЦЕДУРА
УПРАВЛЕНИЕ НЕСООТВЕТСТВИЯМИ
И
КОРРЕКТИРУЮЩИЕ ДЕЙСТВИЯ
ДП ТГУ СМК 98-003-2022

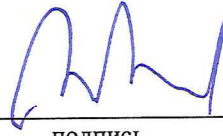
Документ	Документированная процедура	стр. 1 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

СОГЛАСОВАНО:

Проректор по НИД
должность руководителя


подпись

дата

А.Б. Ворожцов

к.о. Проректор по образовательной
деятельности
должность руководителя


подпись

14.11.2022
дата

Е.В. Луков

Главный бухгалтер
должность руководителя


подпись

дата

Г.Н. Нагаева

Начальник ПФУ
должность руководителя


подпись

дата

Н.В. Попова


Начальник правового управления
должность руководителя


подпись

дата

И.А. Котляр

Начальник управления персонала
должность руководителя


подпись

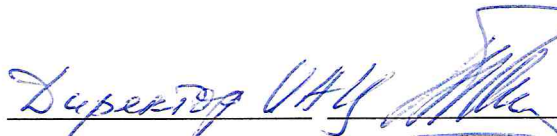
дата

И.И. Петлина

Вводится в действие с «10» ноября 2022 г. Распоряжением от 10.11.2022 №133

РАЗРАБОТАНО:

Руководитель работ:


подпись

И.Г. Жолобова

Исполнители:

Документ	Документированная процедура	стр. 2 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
1. Область применения	4
2. Нормативные ссылки	4
3. Термины, определения, сокращения	5
4. Общие положения. Основные виды несоответствующей продукции в университете	7
5. Описание процесса	9
5.1. Выявление, регистрация и идентификация несоответствий	9
5.2 Анализ причин возникновения несоответствий.....	10
5.3 Определение необходимых корректирующих действий для устранения несоответствий	11
5.4 Осуществление Плана КД	11
5.5. Проверка выполнения и оценка результативности корректирующих действий ..	12
6. Приложения	
Приложение А. Категории несоответствий	14
Приложение Б. Примеры несоответствий основных и обеспечивающих процессов университета	15
Приложение В. Форма Отчет о результатах внутреннего аудита	17
Приложение Г. Форма План Корректирующих действий	19
7. Лист рассылки	20
8. Лист регистрации изменений, дополнений и ревизий документа	24

Документ	Документированная процедура	стр. 3 из 23	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Введение

Настоящая документированная процедура (ДП) устанавливает единые требования по управлению несоответствиями, корректирующими и предупреждающими действиями ко всем видам процессов и/или продукции в системе менеджмента качества (СМК) Национального исследовательского Томского государственного университета. Процедура разработана с целью улучшения качества результатов основных и обеспечивающих процессов.

Настоящая документированная процедура направлена на выполнение требований пункта 10.2 ГОСТ Р ИСО 9001-2015 / ISO 9001-2015.

1. Область применения

Настоящий документ предназначен для должностных лиц и сотрудников подразделений, участвующих в выявлении и устранении несоответствий (включая потенциальные несоответствия), а также ответственных по качеству структурных подразделений (СП), руководителей всех СП. Требования процедуры обязательны к применению всеми структурными подразделениями ТГУ.

Настоящая документированная процедура входит в состав документации СМК ТГУ.

2. Нормативные ссылки

– ГОСТ Р ИСО 9000-2015. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь (Идентичен международному стандарту ИСО 9000:2015. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь (ISO 9000:2015. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary, IDT)).

– ГОСТ Р ИСО 9001-2015. Системы менеджмента качества. Требования (Идентичен международному стандарту ИСО 9001:2015 "Системы менеджмента качества. Требования" (ISO 9001:2015 "Quality management systems - Requirements", IDT).

– Руководство по качеству НИ ТГУ.

– ДП 98-001-2022 Управление документированной информацией.

– ДП 98-002-2022 Проведение внутренних аудитов.

Документ	Документированная процедура	стр. 4 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



3. Термины, определения, сокращения

В настоящей документированной процедуре применяются термины, установленные в ГОСТ Р ИСО 9000-2015, а также следующие термины с соответствующими определениями:

Анализ (review) – определение пригодности, адекватности или результативности объекта для достижения установленных целей.

Аудит (audit) – систематический, независимый и документируемый процесс получения объективных свидетельств и их объективного оценивания для установления степени соответствия критериям аудита.

Верификация (verification) – подтверждение, посредством представления объективных свидетельств, того, что установленные требования были выполнены.

Высшее руководство (top management) – лицо или группа людей, осуществляющих руководство и управление организацией на высшем уровне.

Дефект (defect) – несоответствие, связанное с предназначенным или установленным использованием.

Запись (record) – документ, содержащий достигнутые результаты или свидетельства осуществленной деятельности.

Контроль (inspection) – определение соответствия установленным требованиям.

Корректирующее действие (corrective action) – действие, предпринятое для устранения причины несоответствия и предупреждения его повторного возникновения.

Коррекция (correction) – действие, предпринятое для устранения обнаруженного несоответствия.

Критерии аудита (audit criteria) – совокупность политик, процедур или требований, используемых для сопоставления с ними объективных свидетельств

Наблюдения (обнаружения) аудита (audit findings) – результаты оценивания собранных свидетельств аудита по отношению к критериям аудита.

Несоответствие (nonconformity) – невыполнение требования.

Объективное свидетельство (objective evidence) – данные, подтверждающие наличие или истинность чего-либо.

Документ	Документированная процедура	стр. 5 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Предупреждающее действие (preventive action) – действие, предпринятое для устранения причины потенциального несоответствия или другой потенциально нежелательной ситуации.

Продукция (product) – выход организации, который может быть произведен без какого-либо взаимодействия между организацией и потребителем

Процесс (process) – Совокупность взаимосвязанных и(или) взаимодействующих видов деятельности, использующих входы для получения намеченного результата.

Процедура (procedure) – установленный способ осуществления деятельности или процесса.

Результативность (effectiveness) – степень реализации запланированной деятельности и достижения запланированных результатов.

ВА – внутренний аудит

ВР ТГУ – высшее руководство Томского государственного университета

ГНА – государственная научная аттестация

ДП – документированная процедура

КД – корректирующие действия

Минобрнауки России – Министерство науки и высшего образования Российской Федерации.

НИОКР – научно-исследовательские и опытно-конструкторские работы

НИР – научно-исследовательская работа

НПР – научно-педагогические работники

НС – несоответствие

ОКР – опытно-конструкторские работы

ОПОП – основная профессиональная образовательная программа

ОСП – обособленное структурное подразделение

ПД – предупреждающие действия

ППС – профессорско-преподавательский состав

РК, РК ТГУ – руководство по качеству Национального исследовательского Томского государственного университета

СМК – система менеджмента качества

Документ	Документированная процедура	стр. 6 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СП – структурное подразделение

СУОС – образовательный стандарт ТГУ

ТГУ – Томский государственный университет

ФГОС ВО (ДО) – федеральные государственные образовательные стандарты высшего образования (дополнительного) образования.

4. Общие положения

Цель процесса управления несоответствиями, корректирующими и предупреждающими действиями состоит в том, чтобы защитить потребителя от получения услуги/продукции, не отвечающей установленным требованиям.

В соответствии с ГОСТ Р ИСО 9001-2015 услуги/продукция, которые не соответствуют установленным требованиям, должны быть идентифицированы, кроме того, должны быть выработаны меры с целью предотвращения ее непреднамеренного использования или поставки.

Руководство университета (структурных подразделений) должно предпринимать действия, направленные на устранение причин несоответствий с целью предупреждения их повторного возникновения, а также действия, направленные на устранение причин потенциальных несоответствий с целью предупреждения их возникновения.

В качестве источников информации о несоответствиях могут выступать:

- выходные данные документации СМК и предложения по ее совершенствованию;
- результаты измерений и мониторинга удовлетворенности;
- результаты внутренних аудитов и процедур внешней оценки деятельности университета, в том числе аудитов процессов, подразделений, образовательных программ, учебно-методических материалов, СМК ТГУ;
- результаты измерений и мониторинга процессов, в том числе оценки качества работы преподавателей, кафедр, факультетов.

Руководство университета (структурных подразделений) должно осуществлять в отношении несоответствующих результатов процессов одно или несколько из следующих действий:

- а) коррекцию;

Документ	Документированная процедура	стр. 7 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

б) отделение, ограничение распространения, возврат или приостановку предоставления услуг и поставки продукции;

в) информирование потребителя;

г) получение разрешения от заказчика на приемку продукции и услуг с отклонением.

После выполнения коррекции несоответствующих результатов процессов их соответствие требованиям должно быть верифицировано.

Руководство университета (структурных подразделений) должно регистрировать и сохранять документированную информацию, которая:

а) описывает несоответствие;

б) описывает предпринятые действия;

в) описывает полученные разрешения от заказчика на допущение отклонений;

г) указывает полномочный орган и/или лицо, принимавшее решение о действии в отношении несоответствия.

Управление корректирующими действиями (КД) заключается в устранении несоответствий на основе обработки данных о несоответствиях продукции/услуг, процессов и изучении причин несоответствий, связанных с услугами/продукцией, процессами или СМК в целом. КД должны соответствовать последствиям выявленных несоответствий.

Управление предупреждающими действиями (ПД) заключается в проведении профилактических мероприятий по исключению предполагаемых несоответствий. ПД должны соответствовать последствиям потенциальных несоответствий.

В процессе выполнения корректирующих и предупреждающих действий принимают участие руководители и работники соответствующих СП (ОСП).

Дополнительные ресурсы, необходимые для проведения корректирующих и предупреждающих действий, выделяются руководством университета.

Способы установления причин несоответствий (в том числе потенциальных):

– анализ, проводимый высшим руководством, представителем руководства по качеству, владельцами процессов, руководителями СП (ОСП) либо ответственным лицом или группой, назначенной руководителем СП (ОСП) и (или) владельцем процесса для разработки корректирующих и предупреждающих действий;

– наблюдение;

– статистические методы;

Документ	Документированная процедура	стр. 8 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022

– социологические методы.

Процесс по управлению несоответствиями и корректирующими действиями состоит из следующих этапов:

- выявление несоответствия;
- регистрация и идентификация несоответствия;
- анализ причин возникновения несоответствия;
- определение необходимых КД по устранению несоответствия;
- выполнение КД и устранение несоответствия;
- проверка выполнения и оценка результативности КД.

5. Описание процесса

Процесс осуществляется путем реализации следующих этапов:



5.1. Выявление, регистрация и идентификация несоответствий

Возможны несоответствия трех категорий: значительное несоответствие, незначительное несоответствие, потенциальное несоответствие (*Приложение А*).

Несоответствия могут возникать при осуществлении любых основных и обеспечивающих процессов и их этапов. Примеры несоответствий приведены в *Приложении Б*.

Входящей информацией для выявления несоответствий в продукции/услугах являются:

- результаты текущих внешних и внутренних проверок и аудитов;
- результаты контроля обучающихся (результаты текущих проверок; результаты промежуточной аттестации (зачетов, экзаменов); результаты сдачи курсовых проектов (работ); результаты прохождения практик; результаты контрольных срезов знаний в период

Документ	Документированная процедура	стр. 9 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



- государственной аттестации университета или аккредитации специальностей; итоги государственного экзамена по специальности; итоги защиты дипломного проекта (работы));
- информация, полученная от предприятий, на которых работают выпускники;
 - результаты анализа рекламаций;
 - результаты опросов внешних и внутренних потребителей;
 - отзывы заказчиков НИР/НИОКР.

При выявлении несоответствия в результате проведения внутреннего аудита информация о нем вносится в предусмотренный раздел формы «Отчет о результатах внутреннего аудита», форма ДП СМК 98-002. Проведение внутренних аудитов (см. Приложение В). Идентификация несоответствий осуществляется аудиторами совместно с руководителями аудируемых подразделений.

При выявлении несоответствия в результате иных внутренних и внешних проверок, при мониторинге и анализе процессов составляется отчет, справка или иной документ (запись) о результатах проверки, мониторинге, анализе, в котором должны быть отражены содержание несоответствия, категория несоответствия и свидетельство, на основании которого было принято решение о наличии несоответствия.

Идентификация несоответствий осуществляется проверяющим, руководителем СП (ОСП), владельцем процесса.

5.2. Анализ причин возникновения несоответствий

Анализ несоответствий и причин их возникновения проводится представителем руководства по качеству, владельцами процессов, руководителями СП и (или) лицами, ответственными за деятельность, в результате которой были выявлены несоответствия.

Анализ причин возникновения несоответствий может быть осуществлен в виде отчета, справки, записки (докладной, служебной или объяснительной) или записи другого характера за подписью проанализировавшего лица. В случаях, если несоответствия и причины их возникновения ясны, не вызывают сомнения и двусмысленного толкования, письменный анализ может не проводиться. Все выявленные и зарегистрированные несоответствия должны быть рассмотрены и проанализированы. Кроме того, должны быть

Документ	Документированная процедура	стр. 10 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



установлены причины возникновения данных несоответствий. Причем причин возникновения одного несоответствия может быть несколько, в то время, как и одна причина может привести к нескольким несоответствиям.

Несоответствия и причины их возникновения могут быть рассмотрены на совещании сотрудников СП (ОСП), в которых они были выявлены (например, на заседании кафедры, Ученом совете факультета, Ученом совете университета, совещании в других СП и ОСП и др.).

5.3. Определение необходимых корректирующих действий для устранения несоответствий

Предпринимаемые действия (коррекция, КД) должны быть адекватны важности проблем и направлены на исключение повторения несоответствия.

Посредством коррекции устраняются незначительные несоответствия, не требующие выявления причин несоответствия.

По результатам анализа причин возникновения несоответствий должны быть определены КД по устранению выявленных несоответствий. На одну причину несоответствия может быть разработано несколько КД, в то время как на несколько причин несоответствий – одно КД.

Определение КД по устранению несоответствий осуществляют лица, ответственные за деятельность, в результате которой были выявлены несоответствия, и (или) руководитель СП или ОСП при участии владельцев процесса и (или) представителя руководства по качеству. Устанавливая порядок осуществления нескольких КД, следует исходить из принципа их незамедлительного принятия в отношении несоответствий, возникающих вследствие причин, угрожающих здоровью и безопасности, влекущих за собой большие издержки для университета, имеющих систематический характер.

Составление и принятие Плана КД может осуществляться на Ученом совете университета, ректорате, на ученых советах факультетов, заседаниях кафедр и других совещаниях в СП, ОСП.

План КД может быть отражен в постановлениях (Ученого совета университета, ученых советов факультетов и др.), в протоколе заседания кафедры, в распоряжении,

Документ	Документированная процедура	стр. 11 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



приказе, в протоколе несоответствия при проведении ВА и в других документах (записи), в которых отражены срок и ответственный за осуществление КД.

Форма Плана КД приведена в *Приложении Г*.

5.4. Осуществление Плана КД

Выявленное несоответствие должно быть устранено в назначенный срок согласно утвержденному Плану КД.

ВАЖНО! Ответственным за устранение несоответствий является руководитель СП (ОСП) или лицо, назначенное руководителем СП (ОСП), представителем руководства по качеству.

Выполнение плана корректирующих действий контролируется Центром менеджмента качества согласно установленным срокам по устранению выявленных несоответствий.

5.5. Проверка выполнения и оценка результативности корректирующих действий

При выявлении несоответствия в результате проведения внутренних и внешних аудитов проверка выполнения КД производится руководителем группы по аудиту и (или) членами группы по аудиту при внутреннем аудите и организацией, осуществляющей аудит, – при внешнем.


При выявлении несоответствия в результате иных внутренних и внешних проверок, при мониторинге и анализе процессов проверка выполнения КД производится аудитором, владельцем процесса, представителем руководства по качеству.

Оперативная оценка результативности КД осуществляется внутренними аудиторами, владельцами процессов, представителем руководства по качеству.

Результативность КД, принимаемых по результатам внутренних и внешних аудитов, оценивается аудиторами при проведении последующего аудита.

Контроль выполнения и оценка результативности КД могут быть осуществлены на Ученом совете университета, ректорате, на ученых советах факультетов, заседаниях кафедр и других совещаниях в СП, ОСП.

Документ	Документированная процедура	стр. 12 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022

	<p>Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» (ТГУ)</p>	<p>ДП ТГУ СМК 98-003-2022</p>
<p>СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА</p>		

Заключительная оценка результативности КД приводится в отчете по анализу СМК руководством.

5.6. Разработка предупреждающих действий

Разработка ПД для устранения причин возникновения потенциальных несоответствий или другой потенциально нежелательной ситуации производится в соответствии с осуществлением корректирующих действий настоящей процедуры:

- разработка ПД;
- установление потенциальных несоответствий и причин их возникновения;
- определение необходимых мероприятий по предупреждению возникновения несоответствий;
- осуществление ПД;
- проверка выполнения ПД и оценка их результативности.

<i>Документ</i>	Документированная процедура	стр. 13 из 24	<i>Версия</i>	3.0
<i>Экземпляр</i>	1		<i>Дата</i>	ноябрь 2022



6. ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

(справочное)

Категории несоответствий

Значительное несоответствие – несоответствие СМК ТГУ, которое с большой вероятностью может повлечь нарушение логической целостности системы, подсистемы, процесса, невыполнение требований заинтересованных сторон. К значительным несоответствиям может быть отнесено отсутствие элемента, совокупности элементов и/или отсутствие их результативного функционирования. Примерами значительного несоответствия являются следующие факты: не проводится анализ СМК ТГУ со стороны руководства, процессы и виды деятельности ТГУ не обеспечиваются ресурсами, не выполняется анализ результативности корректирующих мероприятий, не ведутся записи о результатах поверки значительной части оборудования, отсутствует обязательная документация, отсутствуют контролируемые условия процесса и т.д.;

Незначительное (малозначительное) несоответствие – отдельное несистематическое упущение, ошибка, недочет в функционировании СМК ТГУ или в документации, которые могут привести к невыполнению требований потребителя (в том числе обеспечивающего процесса) и/или обязательных требований к продукции (результатов, выхода процесса), к снижению результативности функционирования подсистемы, процессов СМК ТГУ. К незначительным несоответствиям может быть отнесено несоблюдение единичного требования к системе, ее подсистеме, процессу. Примерами незначительных несоответствий являются следующие факты: некоторое корректирующее мероприятие не закончено в соответствии с планом, обнаружено оборудование, которое не подвергалось поверке (как единичный случай), обнаружен случай отсутствия обязательных записей и т.п.

Потенциальное несоответствие – записи, изложение фактов и другая информация, не носящая характер несоответствия и фиксируемая с целью предотвращения возможного несоответствия.

Несколько незначительных несоответствий, относящихся к одному и тому же установленному требованию, рассматриваются как одно значительное несоответствие.

Документ	Документированная процедура	стр. 14 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Приложение Б

Примеры несоответствий основных и обеспечивающих процессов университета

ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССЫ	
Образовательная деятельность	
<i>Название процесса</i>	<i>Несоответствия</i>
Проектирование и разработка образовательных программ и стандартов	Несоответствия СУОС, ОПОП, учебных планов, рабочих программ и учебно-методических комплексов требованиям университета, ФГОС ВО и потребителей Неактуальность или недостаточная актуальность реализуемых университетом направлений подготовки
Прием студентов	Низкие требования к абитуриентам Недобор студентов на бюджетные места
Реализация основных образовательных программ Разработка и реализация программ дополнительного образования	Несоответствие компетенций выпускников требованиям СУОС, ФГОС ВО и потребителей Неудовлетворительные результаты образовательной деятельности (неуспевающие обучаемые) Неудовлетворительное организационно-методическое обеспечение в управлении образовательным процессом (несоответствия в программах и учебных планах)
Подготовка кадров высшей квалификации (аспирантура, докторантура)	Несоответствие компетенции НПП требованиям ГНА Невыполнение плана по защите диссертаций
Научная и инновационная деятельность	
	Отчеты по НИР и/или НИОКР, получившие отрицательный отзыв заказчика Отсутствие соответствующего методического обеспечения научных исследований
ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ	
<i>Название процесса</i>	<i>Несоответствия</i>
Кадровое обеспечение	Невыполнение или отсутствие плана повышения квалификации сотрудников Отсутствие персонала, обладающего квалификацией, соответствующей предъявляемым требованиям Невыполнение индивидуального плана ИПС
Метрологическое обеспечение	Несвоевременная поверка измерительного оборудования Невыполнение требований стандарта организации СТО

Документ	Документированная процедура	стр. 15 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

	162-2019 Метрологическое обеспечение. Управление средствами измерения и испытательным оборудованием
Редакционно-издательская деятельность	Невыполнение Плана изданий университета Отсутствие или недостаточное отражение в учебной литературе современных достижений науки и техники
Обеспечение информационными ресурсами	Несвоевременное обновление учебной литературы Затрудненность доступа или нехватка электронных информационных учебных и научных ресурсов
Управление информационно-телекоммуникационной инфраструктурой Управление инфраструктурой эксплуатационно-имущественным комплексом и производственной средой (безопасность жизнедеятельности)	Несоответствие лабораторной базы требованиям предоставления образовательных услуг. Несоответствие лабораторной базы требованиям выполнения НИР и/или НИОКР. Недостаточная комфортность условий обучения (низкая температура, плохая освещенность, теснота, отсутствие удобной мебели, плохая уборка помещений, некачественное питание в столовых и т.д.) Нарушение трудовой дисциплины, правил техники безопасности и внутреннего распорядка
Управление закупками	Низкое качество закупаемой продукции и оборудования

Документ	Документированная процедура	стр. 16 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



Приложение В
(обязательное)

Отчет о результатах внутреннего аудита
(форма из ДП СМК 98-002-2022)

1. Структурные подразделения
2. Группа по аудиту (состав):
3. Цель аудита:
4. Основание проведения аудита:
5. Проверка выполнения корректирующих мероприятий по результатам предыдущего аудита

Объект аудита		Выполнено	Не выполнено
№ п.п.	Структурное подразделение		

6. Результаты аудита

Объект аудита		Результат:	ФИО отв
№ п.п.	Структурное подразделение		

7. Описание несоответствий и их причин:

	Несоответствие	Категория НС (значительное, незначительное, потенциальное)	Причина
1			
2..			

8. Выводы и рекомендации:

Документ	Документированная процедура	стр. 17 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

9. Результаты аудита приняты удовлетворительными/неудовлетворительными
(нужное подчеркнуть)

10. Приложения:

- План аудита подразделений.
- Чек-листы.
- Записи аудитора

11.

Отчет составлен (Ведущий аудитор)	
Отчет согласован (Руководитель подразделения)	

Документ	Документированная процедура	стр. 18 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

Приложение Г

(обязательное)

План Корректирующих действий

(форма из ДП СМК 98-002-2022)

(название подразделения)

(название несоответствия)

Мероприятия	Сроки	Ответственный исполнитель	Отметка о выполнении

(название несоответствия)

Мероприятия	Сроки	Ответственный исполнитель	Отметка о выполнении

(название несоответствия)

Мероприятия	Сроки	Ответственный исполнитель	Отметка о выполнении

Документ	Документированная процедура	стр. 19 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

7. Лист рассылки

№ п/п	Подразделение	Должность	Ф.И.О.	Экземпляры	
				Печ.	Эл.
1	Ректорат	Ректор	Галажинский Эдуард Владимирович		v
2	Ректорат	Президент	Майер Георгий Владимирович		v
3	Ректорат	Первый проректор	Дёмин Виктор Валентинович		v
4	Ректорат	Проректор по образовательной деятельности	Луков Евгений Викторович		v
5	Ректорат	Проректор по научной и инновационной деятельности	Ворожцов Александр Борисович		v
6	Ректорат	Проректор по международным связям	Рыкун Артем Юрьевич		v
7	Ректорат	Проректор по информационной политике и цифровым коммуникациям	Эмер Юлия Антоновна		v
8	Ректорат	Проректор по социальным вопросам	Кулижский Сергей Павлинович		v
9	Ректорат	Проректор по административно-хозяйственной работе и строительству	Андриенко Владимир Борисович		v
10	Ректорат	Начальник управления – проректор по безопасности	Тарасов Николай Евгеньевич		v
11	Учебное управление	Начальник	Игнатьева Мария Александровна		v
12	Управление нового набора	Начальник	Павлов Евгений Владимирович		v
13	Научное управление	Начальник	Краснова Татьяна Семеновна		v
14	Управление инновациями в сфере науки, техники и технологий	Начальник	Головатов Михаил Александрович		v
15	Управление подготовки и научной аттестации кадров высшей квалификации	Начальник	Касаткина Татьяна Васильевна		v
16	Управление международных связей	Начальник	Гашева Юлия Владимировна		v
17	Управление цифровых решений	Начальник	Соколов Данила Александрович		v
18	Управление информационно-телекоммуникационной инфраструктуры	Начальник	Гавриленко Ростислав Алексеевич		v
19	Управление социальной и молодежной политики	Начальник	Хованская Элина Александровна		v

Документ	Документированная процедура	стр. 20 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

№ п/п	Подразделение	Должность	Ф.И.О.	Экземпляры	
				Печ.	Эл.
20	Управление персонала	Начальник	Петлина Ирина Ивановна		v
21	Управление бухгалтерского учета и контроля	Начальник	Нагаева Галина Николаевна		v
22	Планово-финансовое управление	Начальник	Попова Наталья Витальевна		v
23	Управление делами	Начальник	Бельская Елена Владимировна		v
24	Правовое управление	Начальник	Котляр Инна Анатольевна		v
25	Управление информационной политики	Начальник (и.о.)	Арсеньева Татьяна Евгеньевна		v
26	Отдел платных образовательных услуг	Начальник	Якимова Юлия Александровна		v
27	Управление мобилизационной подготовки и воинского учета	Начальник	Хаустов Олег Юрьевич		v
28	Отдел ГО, ЧС и пожарной безопасности ТГУ	Начальник	Нохрина Ирина Семеновна		v
29	Отдел охраны труда	Начальник	Зубарева Евгения Владимировна		v
30	Центр внутреннего контроля	Директор	Маркарян Валерий Андроникович		v
31	Отдел практик и трудоустройства	Начальник	Данилевская Евгения Львовна		v
32	Центр организационного обеспечения и сопровождения мероприятий	Начальник	Уразова Анастасия Михайловна		v
33	Институт Конфуция на базе ТГУ	Директор	Шведова Ирина Александровна		v
34	Центр биотестирования безопасности нанотехнологий и наноматериалов НУ ТГУ	Директор	Моргалев Юрий Николаевич		v
35	Институт образования ТГУ	Директор	Суханова Елена Анатольевна		v
36	Институт биологии, экологии, почвоведения, сельского и лесного хозяйства	Директор	Воробьев Данил Сергеевич		v
37	Геолого-географический факультет	Декан	Тишин Платон Алексеевич		v
38	Факультет исторических и политических наук	Декан	Рожнева Жанна Анатольевна		v

Документ	Документированная процедура	стр. 21 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

№ п/п	Подразделение	Должность	Ф.И.О.	Экземпляры	
				Печ.	Эл.
39	Механико-математический факультет	Декан	Гензе Леонид Владимирович		v
40	Физический факультет	Декан	Филимонов Сергей Николаевич		v
41	Юридический институт	Директор	Андреева Ольга Ивановна		v
42	Радиофизический факультет	Декан	Коротаев Александр Григорьевич		v
43	Химический факультет	Декан (и.о.)	Князев Алексей Сергеевич		v
44	Философский факультет	Декан	Сухушина Елена Валерьевна		v
45	Филологический факультет	Декан	Тубалова Инна Витальевна		v
46	Институт прикладной математики и компьютерных наук	Директор	Замятин Александр Владимирович		v
47	Институт военного образования	Директор	Семенченко Вячеслав Константинович		v
48	Институт искусств и культуры	Директор	Галкин Дмитрий Владимирович		v
49	Факультет иностранных языков	Декан	Нагель Ольга Васильевна		v
50	Факультет психологии	Декан	Баланев Дмитрий Юрьевич		v
51	Факультет физической культуры	Декан	Шилько Виктор Генрихович		v
52	Факультет журналистики	Декан	Мясников Илья Юрьевич		v
53	Факультет инновационных технологий	Декан	Шидловский Станислав Викторович		v
54	Институт экономики и менеджмента	Директор	Нехода Евгения Владимировна		v
55	Физико-технический факультет	Декан	Рыжих Юлия Николаевна		v
56	Новосибирский юридический институт	Директор	Чумакова Лидия Петровна		v
57	Сибирский физико-технический ин-т	Директор			v
58	НИИ прикладной математики и механики	Директор	Ищенко Александр Николаевич		v
59	Сибирский ботанический сад	Директор	Ямбуров Михаил Сергеевич		v
60	НИИ биологии и биофизики	Директор	Воробьев Сергей Николаевич		v

Документ	Документированная процедура	стр. 22 из 24	Версия	3.0
Экземпляр	1		Дата	ноябрь 2022



СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

№ п/п	Подразделение	Должность	Ф.И.О.	Экземпляры	
				Печ.	Эл.
61	Научная библиотека	Директор	Васильев Артём Викторович		v
62	Институт дистанционного образования	Директор	Шепель Михаил Олегович		v
63	Новосибирский юридический институт	Директор	Чумакова Лидия Петровна		v
64	Детский сад №49	Заведующая	Руденок Лариса Николаевна		v

<i>Документ</i>	Документированная процедура	стр. 23 из 24	<i>Версия</i>	3.0
<i>Экземпляр</i>	1		<i>Дата</i>	ноябрь 2022



7. Лист регистрации изменений, дополнений и ревизий документа

№ изменения	Дата внесения изменений, дополнений и проведения ревизии	Номера листов	Шифр документа	Краткое содержание изменения, отметка о результате ревизии	ФИО, подпись

<i>Документ</i>	Документированная процедура	стр. 24 из 24	<i>Версия</i>	3.0
<i>Экземпляр</i>	1		<i>Дата</i>	ноябрь 2022