**1.AMAÇ VE KAPSAM**

Bu doküman Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İç Denetleme sürecini ortaya koymaktadır. İç denetlemeler EYS standartları ve YÖKAK değerlendirme ölçütleri kapsamında, yeterliliğin ve mevcut uygulamaların dokümante edilen sisteme uygunluğunun denetlenmesi, hedeflere ulaşmadaki etkinliğin gözden geçirilmesi ve iyileştirme fırsatlarının belirlenmesi amacıyla yapılır. İç tetkiklerin, planlanması, gerçekleştirilmesi, raporlanması ve ilgili faaliyetlerin yürütülmesi için yöntemler, rol ve sorumluluklar bu prosedürde tanımlanmıştır. EYS kapsamına dahil edilmiş tüm birimler ve süreçler bu prosedür kapsamındadır.

**2. ÖNEMLİ KAVRAMLAR VE TANIMLAMALAR**

**İç Denetleme:** Entegre Yönetim Sisteminin varlığını, uygulandığını ve etkinliğini ilgili standarda ve yasal gerekliliklere göre objektif delillere dayanarak sorgulayan sistematik, bağımsız süreçtir.

**Denetçi:** Tetkiki planlandığı şekliyle gerçekleştiren, bu amaç için gerekli nitelik ve yeterlilikteki, mümkün olduğu hâllerde tetkik edilecek birimden bağımsız kişiyi ifade eder.

**Ekip lideri:** Denetim ile ilgili sorumlulukları ve yetkileri üstlenen kişi.

**Uygunsuzluk Majör/minör:** İlgili kalite yönetim standardının gerekliliklerinin karşılanmaması veya karşılanmasında eksiklikler tespit edilmesi hâlinde objektif delillerle desteklenmek suretiyle kaydedilmesi gereken bulgulardır.

**Objektif delil:** Tetkik süresince bulguları desteklemek için alınan her türlü kayıt.

**Gözlem:** Tetkik ekibi tarafından tespit edilen henüz uygunsuzluğa dönüşmemiş ancak dönüşme potansiyeli olan veya iyileştirmeye açık alanları belirten bulgulardır.

**Bilinmiyor :** İlgili süreç hakkında bilgi bulunmaması durumudur.

**Tam entegre :** İlgili süreçlerle tam uyumlu olması durumudur.

**Kapsam dışı :** Süreçlere dahil olmayan.

**Yönetiliyor :** İlgili süreçlere uyumlu olması durumudur.

**3. ROLLER VE SORUMLULUKLAR**

Bu prosedürün uygulanmasından Kalite Komisyonu Başkanlığı, Birim yöneticileri, kalite elçileri ve Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İç Denetçi Havuzunda yer alan personel sorumludur.

**4. UYGULAMA**

**4.1 İç Denetçilerin Seçimi**

Bu prosedür kapsamında iç tetkiklerin gerçekleştirilmesinde Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi İç Denetçi Havuzu’nda yer alan personel görev yapar. İç denetçi havuzunda yer alan personelin niteliği aşağıda belirtildiği şekildedir.

1. TS EN ISO 9001:2015 standardı eğitimi almış olmak

2. İç denetçi eğitimi almış olmak ve yapılan sınavdan 70 puan almak.

**4.2 İç Tetkiklerin Planlanması**

İç tetkikler bu prosedür gereğince Kalite Komisyonu tarafından oluşturulacak plana uygun olarak gerçekleştirilir. Bir yıl içerisinde tüm birimlerin en az bir defa denetlenmesi esastır. İç tetkik planı her yıl Mayıs ayında Kalite Komisyonu tarafından EBYS üzerinden ve/veya web sayfası “Duyurular” alanından ilan edilir. İlgili sorular ESAS’a girilerek otomatik denetim sisteminde iç denetçilere sunulur. Denetleme ekibi ve denetleme süresi iç denetleme planında yer alır. Planlama, tetkikçilerin uygulanabilir olan her yerde tetkik edilmekte olan faaliyetten bağımsız olacağı şekilde yapılır. Denetleme ekibi denetlenecek birimin faaliyet kapsamına göre birden fazla kişiden oluşabilir. Böyle durumlarda iç denetim planı ekip liderini belirtecek şekilde hazırlanır. Denetlemenin yürütülmesinde ekip lideri tarafından görev dağılımı yapılabilir.

**4.3 İç Tetkikin Gerçekleştirilmesi**

İç tetkik süreci 3 aşamadan oluşur.

**Aşama 1**:

Tetkike hazırlık aşamasıdır. Tetkik süresince kullanılması gereken dokümanlar, önceki tetkike ait bulgular ve raporların paylaşılması, tetkik planında mutabık kalınması, ilgili dokümanların tetkik ekibi tarafından incelenmesi konularını kapsar.

**Aşama 2**:

Denetim sürecidir. Denetim açılış toplantısı, denetimin yürütülmesi, varsa bulguların tespiti, bulgularda mutabık kalınması ve kapanış toplantısı aşamalarından oluşur.

Açılış toplantısı denetleme ekibi ve denetlenecek birimin tanışması ile başlar. Denetleme süresince elde edilen bilgilerin gizli tutulacağına ilişkin taahhüt verilir. Denetlemenin kimlerle yürütüleceği belirlenir. Denetim planı konusunda mutabık kalınır.

Tespit edilen bulguların denetleme süresince denetlenen taraf ile paylaşılması ve bulguların açıklığı esastır. İlgili denetim sonuçları Esas’a işlenerek birime özel duruma göre “tam entegre, yönetiliyor, kapsam dışı, bilinmiyor, gözlem, uygunsuz minör, uygunsuz majör” seçeneklerinden biri seçilir.

Standardın herhangi bir maddesine yönelik temel uygulamaların gerçekleştirilmiyor olması majör uygunsuzluk, uygulamaların bir kısmında eksiklikler tespit edilmesi hâli ise minör uygunsuzluk olarak sınıflandırılır. Diğer seçenekler kabul edilebilir olarak sınıflandırılmaktadır. Uygunsuzluk bulunan kriterler için iç denetçi tarafından DÖF önerisi Kalite Komisyonuna sunulur. Kabul gören DÖF Kalite Komisyonu tarafından DÖF açılması gerekmektedir. Bulgular objektif delillerle kayıt altına alınır ve ESAS’a işlenerek rapor haline getirilir.

Kapanış toplantısı birimin güçlü yönlerinin vurgulanması ile başlar. Bulgular ve iyileştirmeye açık alanlar birimle paylaşılır. Tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin süreç birimle paylaşılır. Denetleme kanıtı veya bulgularıyla ilgili oluşabilecek her türlü farklı görüşün çözülmesine yönelik girişimler denetim süresince yapılır ve çözülemeyen hususlar kaydedilerek ilgili taraflarca Kalite Komisyonu Başkanlığına iletilir.

**Aşama 3**:

Denetleme sonrası faaliyetleri içerir. Denetleme raporu ESAS üzerinden doldurularak kayıt altına alınır ve ıslak imzalı olarak EBYS üzerinden Kalite Komisyonu Başkanlığına iletilir. Düzeltme gerektiren bulgular için yapılacak faaliyetler ve/veya yapılacaklar için YGG toplantısı düzenlenebilir veya Kalite Komisyonu tarafından değerlendirilir. Düzeltici faaliyet gerektiren uygunsuzluklar için kök sebep analizinin ardından bulgunun niteliğine göre süre belirlenir. Uygunsuzluğu tespit eden iç denetçi tarafından en geç bir hafta içinde DÖF önerisi Kalite Komisyonu Başkanlığına yapılır. Kalite Komisyonunca uygun görülen DÖF faaliyeti yürütecek birim/birimlere yönlendirilir. Bütün süreç ESAS üzerinden yürütülür.

Düzeltici faaliyete ilişkin kayıtlar görev verilen birimler tarafından ESAS’a kayıt edilir. İç denetçiler tarafından önerilen kabul görmüş DÖF sonuçları ESAS üzerinden ilgili iç denetçiye sunulur.

**5. İLGİLİ DOKÜMANLAR**

TS EN ISO 9001:2015

TS EN ISO 14001:2015

TS EN ISO 27001:2013

TS EN ISO 45001:2018