

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03 İlk Yayın Tar.: 8.10.2018 Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023 Sayfa 1 / 11

1. AMAÇ VE KAPSAM

Bu prosedürün amacı, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi bünyesinde faaliyet gösteren birimlerin Kalite Sistemleri uygulamalarının yönetimce gözden geçirilmesi amacıyla;

- Üniversitenin kurduğu sistemin şartlarına uygunluğunun,
- YÖKAK Kalite Güvencesi Sistemi şartlarına uygunluğunun,
- TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardı şartlarına uygunluğunun,
- Sistemin etkin bir şekilde uygulanıp uygulanmadığının,
- Sistemin sürekliliğinin sağlanıp sağlanmadığının belirlenebilmesi için, tetkik edilmesi faaliyetlerini açıklamaktır.

Bu prosedür, Üniversitenin tüm birimlerini, ana proseslerini ve buralarda yürütülen tüm ürün ve hizmet faaliyetlerini kapsar.

2. DAYANAK

Bu prosedür, TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi (KYS) Standardının 9.2. maddesi, TS EN ISO 19011 Yönetim Sistemleri Tetkik Kılavuzu ve YÖKAK Kalite Güvencesi Sistemi Kurum İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzuna dayanılarak hazırlanmıştır.

3. SORUMLULUK

Prosedürün hazırlanması, revize edilmesi ve yenilenmesi sorumluluğu Kalite Koordinatörlüğü'ne ait olup, prosedürün uygulanmasından; üst yönetici, tetkik edilenler, tetkik ekipleri, teknik uzman, rehber, gözlemciler ve değerlendiriciler sorumludur.

4. TANIMLAR VE KISALTMALAR

Kalite Sistemleri: Üniversitenin sorumluluğunda olan tüm kalite çalışmalarını kapsar.

Kalite Yönetim Sistemi (KYS): Üniversitede uygulanmakta olan ve TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardına dayanan kalite sistemidir.

Kalite Güvencesi Sistemi (KGS): Üniversitede uygulanmakta olan ve YÖKAK Kalite Güvencesi Sistemine dayanan kalite sistemidir.

Doküman Edilmiş Bilgi (DEB): Kalite sistemleri kapsamında hazırlanması, oluşturulması, yayımlanması, dağıtılması, düzenli aralıklarla gözden geçirilmesi, güncellenmesi, kontrol ve muhafaza edilerek sürdürülmesi gereken bilgidir.

İç Tetkik: Birinci taraf tetkiki olarak yönetimin gözden geçirmesi veya diğer kurum içi amaçlarla düzenlenen ve tetkik delili elde etmek ve tetkik kriterlerinin karşılanma derecesini objektif olarak değerlendirmek için yapılan sistematik, bağımsız ve belgelendirilmiş procestir. Güncel olarak, idari birimler, koordinatörlükler ve uygulama ve araştırma merkezlerine uygulanır.

Birim Geri Bildirim: Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) kalite güvencesi faaliyetleri kapsamında, Üniversitenin fakülte, enstitü, yüksekokul ve meslek yüksekokullarında Birim İç

 İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03
		İlk Yayın Tar.: 8.10.2018
		Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023
	Sayfa 2 / 11	

Değerlendirme Raporlarının değerlendirildiği ve yukarıdaki iç tetkik tanımıyla uyumlu olan saha ziyareti / tetkik faaliyetidir.

Birim İç Değerlendirme: Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) kalite güvencesi faaliyetleri kapsamında, Üniversitenin fakülte, enstitü, yüksekokul ve meslek yüksekokullarında hazırlanan ve YÖKAK'ın ölçüt gruplarına (Liderlik, Yönetişim ve Kalite, Eğitim ve Öğretim, Araştırma ve Geliştirme, Toplumsal Katkı) göre bu birimlerin bir önceki yıla ait faaliyetlerini sunduğu süreçtir.

Uyumsuzluk / Risk: Ürün ve hizmetlerin sunumunda, Üniversitenin benimsediği yönetim sistemleri ile bağlı olduğu mevzuat şartlarından olası veya mevcut sapmalardır.

Düzeltilici Faaliyet (DF): Saptanan bir uyumsuzluğun veya riskin sebebini veya istenmeyen bir durumu ortadan kaldırmak için yapılan faaliyettir.

Saha Ziyareti: Yüz yüze, çevrim içi veya hibrit olarak, tetkik ekibi ve tetkik edilen arasında düzenlenen tetkikin gerçekleştirildiği görüşmedir.

Koordinasyon Toplantısı: Tetkik planının oluşturulmasının ardından tetkik ekibi ve tetkik edilen taraflar arasında saha ziyaretinin teyit edildiği ve tetkik planının netleştirildiği toplantıdır.

Tetkik Bulgusu: Toplanan tetkik delilinin tetkik kriterleri ile karşılaştırılması ile ulaşılan uyum, uyumsuzluk veya iyileştirme fırsatını gösteren sonuçlarıdır.

Tetkik Delili: Tetkik kriterleriyle ilgili olup doğrulanabilen kayıt, gerçeklik beyanı, gözlem gibi niceliksel veya niteliksel bilgilerdir.

Tetkik Edilen: Kapsam dâhilindeki birim veya sürecin teşkilatıdır.

Tetkik Edilen Temsilcisi: Tetkik edilen birimin en üst yöneticisi ile tetkik edilen sürecin sahibi yöneticidir.

Tetkik Ekibi: Tetkiki icra eden, içlerinden birinin ekip başkanı olarak atandığı bir veya daha fazla sayıdaki tetkikçi ile gerektiğinde teknik uzmanlarca desteklenen, tetkik ile görevlendirilen kişi/kişilerdir.

Ekip Başkanı (EB): Tetkik faaliyetini yürütmek, yönetmek, tetkik edilenle koordinasyon ve iletişimi sağlamak ve ekip üyeleri arasında görev dağılımı yapmak üzere Rektör tarafından görevlendirilen baş tetkikçilerdir.

Tetkik Görevlisi (TG): Tetkik tecrübesi bulunan ve sertifikalı iç tetkik görevlileri arasından tetkik faaliyetinin yürütülmesi hususunda ekip başkanına destek vermek üzere Rektör tarafından görevlendirilen tetkikçilerdir.

Aday Tetkikçi (AT): Sertifikalı olup daha önce herhangi bir tetkik görevi tevdi edilmemiş, tetkik faaliyeti konusunda tecrübe edinmesi gereken, tetkik faaliyetine tecrübe kazanmak amacıyla gözlemci olarak katılmak üzere Rektör tarafından görevlendirilen tetkikçilerdir.

Öğrenci Değerlendirici (ÖD): Tetkik faaliyetlerine katılarak tetkik hakkında genel değerlendirmeler yapmak üzere Rektör tarafından görevlendirilen öğrencilerdir.

Tetkik Kriteri: Tetkik delillerinin karşılaştırıldığı referans politika, mevzuat hükmü, prosedür, şart gibi düzenlemelerdir.

Teknik Uzman: Tetkik ekibine tetkik edilen teşkilatla, prosesle veya faaliyetle ilgili özel bilgi ve/veya uzmanlık sağlayan kişidir. Tetkik ekibinde yer alır ancak tetkikçi değildir.

Koordinatörlük: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Kalite Koordinatörlüğü'nü,

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03
		İlk Yayın Tar.: 8.10.2018
		Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023
		Sayfa 3 / 11

Kalite Yönetim Temsilcisi (KYT): Üst yönetici tarafından, kendi adına Kurumda KYS şartlarının uygunluğunu sağlamakla görev ve yetkilendirilen yöneticidir.

Kalite Güvencesinden Sorumlu Rektör Yardımcısı: Kalite Koordinatörlüğü faaliyetlerinden sorumlu İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Rektör Yardımcısı'nı,

Rektör: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Rektörü'nü,

Üniversite: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ni,

KDYS: Kalite Doküman Yönetimi Sistemi'ni,

DEB: Doküman edilmiş bilgiyi,

YGG: Yönetimin gözden geçirmesini,

TSE: Türk Standartları Enstitüsü'nü,

YÖKAK: Yükseköğretim Kalite Kurulu'nu ifade eder.

5. PROSEDÜR DETAYI

5.1. Genel

Üniversite organizasyon şemasında yer verilen birimlerden tetkik kapsamına alınanlar yılda en az bir kez Üniversite Kalite Politikasının etkin bir şekilde uygulanmasını izlemek ve kalite sistemleri şartlarına uygunluğunun doğrulanması amacıyla tetkik edilir. Aksi gerekmediği sürece, fakülte, enstitü, yüksekokul ve meslek yüksekokulları, Kurumsal İç Değerlendirme Süreci içerisinde Birim Geri Bildirim faaliyeti kapsamında, üst yönetim, idari birimler, koordinatörlükler ve uygulama ve araştırma merkezleri İç Tetkik faaliyeti kapsamında değerlendirilirler. Koordinatörlük tarafından gerekli görüldüğünde veya Rektörün lüzum görmesi üzerine bu sayılar arttırılabilir.

TS EN ISO 9001:2015 KYS standardı şartlarının yerine getirilip getirilmediğinin tetkik edilmesi amacıyla, **Birim İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Rehberi (RH/GNL/02)** TS EN ISO 9001:2015 KYS şartlarını içermektedir. Ayrıca YÖKAK'ın ölçüt ve alt ölçütlerine karşılık gelen TS EN ISO 9001:2015 KYS standardının maddeleri birbirleriyle eşleştirilerek **Kalite El Kitabı (KEK/GNL/01)** içerisinde (sf. 17-20) doküman edilmektedir. Böylelikle, birim geri bildirim ve iç tetkik faaliyetlerinin sağlanması güvence altına alınmıştır.

Bu kapsamda, fakülte, enstitü, yüksekokul ve meslek yüksekokullarının tetkik raporları da Birim İç Değerlendirme Raporlarının hazırlanmasına müteakip düzenlenen saha ziyaretleri sonucunda hazırlanan Birim Geri Bildirim Raporu ile değerlendirilir. İdari birimler, koordinatörlükler ve uygulama ve araştırma merkezleri ise yıllık olarak yapılan iç tetkik faaliyeti sonucunda elde edilen İç Tetkik Raporları ile değerlendirilir.

Bununla birlikte, önemi, statüsü, standartlara gösterilen uyumun seviyesi, risk seviyesi, iç ve dış geri bildirimler, iç ve dış tetkik sonuçları, yönetim öncelikleri, mevzuat gereklilikleri, hizmet sunumunda nitelikli sorun olması gibi durum ve değerlendirmeler neticesinde Koordinatörlüğün önerisi ve Rektörün talimatı ile plansız tetkik faaliyetleri gerçekleştirilebilir.

5.2. Üniversite İç Tetkik Uygulamalarında Uyulacak İlkeler

Üniversite iç tetkikinde görevli ve bu prosedür kapsamında sorumlu olanlar, bu maddede belirtilen ilkeleri benimsemek ve iç tetkik ile ilgili uygulamalarda kullanmak zorundadır.

 İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03 İlk Yayın Tar.: 8.10.2018 Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023 Sayfa 4 / 11

- Profesyonelliğin temeli olarak ahlaki tutum ve davranış,
- Gerçek ve doğru bildirim dayalı adil bir temsil,
- Tetkikin her aşamasında titizlik, doğru karar verme ve profesyonel itina,
- Tetkikin tarafsızlığının ve tetkik sonuçlarının objektifliğinin korunması ve bağımsızlık,
- Güvenilir ve yeniden üretilebilir nitelikte tetkik sonuçlarını güvence altına alan delile dayalı metot şeklinde sıralanabilir.

5.3. İç Tetkik Yetkisi

Üniversitede uygulanacak iç tetkiklerin planlanması, programlanması, uygulanması, tetkik amaçlarının ve kapsamının belirlenmesi, tetkik görevlilerinin belirlenmiş kriterlere göre değerlendirilerek belirlenmesi, sürece ilişkin kaynakların ve ihtiyaçların tespit edilmesi ve karşılanması veya karşılatırılması, uygulamanın etkinlik ve verimliliğinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesini kapsayan tetkiklerin yönetim yetkisi Koordinatörlüğe aittir.

İç tetkikin icra edilmesi yetkisi iç tetkik ekibine ait olup ekip; ekip başkanı, tetkik görevlisi, aday tetkikçi ve gerekli görüldüğü durumlarda teknik uzman ve/veya öğrenci değerlendiricilerden oluşur.

5.4. Tetkik Görevlileri

İç tetkik planında görevlendirilecek olan personel ve öğrencilere uygulanacak kriterler şunlardır:

- a. Nitel kriterler: mesleki alanda kanıtlanmış kişisel yetiler, eğitimde kanıtlanmış kişisel yetiler, bilgi ve becerilerin sergilenebilmesi,
- b. Nicel kriterler: iş tecrübesi, öğrenim süresi, gerçekleştirilen tetkik sayısı, alınan tetkikçi eğitimleri (saat, versiyon).

İç tetkik planlamalarında birimlerin belirlenmesinin ardından **İç Tetkik Görevlisi Görev Takip Listesi (LS/GNL/12)** bulunan sertifikalı tetkikçiler arasından tetkik tecrübeleri (sayıları) dikkate alınarak görevlendirme yapılır. Birim geri bildirim planlamalarında ise ekipler, YÖKAK çalışmaları kapsamında tecrübeye sahip Kalite Komisyonunun sertifikalı üyelerinden oluşturulur (*Bkz. LS/GNL/10 Kalite Komisyonu Üye Listesi*).

Tetkik kapsamının çok geniş, uygun kriterde personelin ise yeterli sayıda olmaması durumunda, madde 5.2.'de sayılan ilkeler kriter alınarak Koordinatörlüğün teklifi ve üst yöneticinin uygun görmesiyle bu maddede sayılan kriterlere bakılmaksızın istisnai görevlendirme yapılabilir.

Tetkik ekibinde herhangi bir üyenin değiştirilmesi Rektörün isteğiyle, Kalite Güvencesi Kurulu'nun gerekçeli kararıyla veya tetkik edilenin Madde 5.2.'ye dayanan ve makul sebeplerle desteklenmiş talebi üzerine mümkündür.

5.5. Tetkikin Programlanması, Tetkik Planının Oluşturulması ve Tetkikin Başlatılması

5.5.1. Tetkikin programlanması

1. Tetkik hedefleri ve kapsamının TS EN ISO 9001:2015 KYS 5.1 maddesine göre belirlenmesi,
2. Sorumlulukların belirlenmesi,

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03 İlk Yayın Tar.: 8.10.2018 Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023 Sayfa 5 / 11

3. Tetkik faaliyetlerinin geliştirilmesi, uygulanması, yönetilmesi ve iyileştirilmesi için gerekli kılavuz dokümantasyon, yeterlilik, insan, teçhizat, iç tetkik bilgisi vs. kaynakların ve ihtiyaçların tespiti ve karşılanması,
4. Tetkik prosedürlerinin belirlenmesini kapsar.

5.5.2. Tetkikin planlanması

İç tetkikin planlanması kararı Koordinatörlük tarafından alınır ve *İç Tetkik Planı Formu (FR/GNL/18)* veya *Birim Geri Bildirim Saha Ziyareti Planı Formuna (FR/GNL/42)* işlenerek Kalite Güvencesinden Sorumlu Rektör Yardımcısına sunulur. Hazırlanan plana uygun olarak personel görevlendirmeleri yapılır ve plan KDYS üzerinden dokümanite edilir. Daha sonra bir koordinasyon toplantısı organize edilerek, günü, tarihi, yeri ve hazırlanan plan üst yazı ile taraflara duyurulur. Taraflardan, koordinasyon toplantısına kadar planda belirtilen tarihlerin karşılıklı olarak teyit edilmesi beklenir ve toplantıda plan netleştirilir.

İç tetkik veya birim geri bildirim saha ziyareti planında, tetkik edilen temsilcisinin talebine istinaden, ekip başkanı ile mutabık kalınarak ve tetkik programı tarih aralığı içinde olmak kaydıyla yeni bir tarih saptanabilir. Bu durumda yeni tarih ve / veya saat bilgisi sözlü olarak doğrudan görüşme veya telefon ile ve yazılı olarak elektronik posta ile Koordinatörlüğe iletilir.

Tetkikler yüz yüze gerçekleştirilebileceği gibi çevrim içi ortamda da gerçekleştirilebilir. Bunun yanı sıra hem yüz yüze hem de çevrim içi olarak hibrit yapıda gerçekleştirilebilir. Tetkikin gerçekleştirilme şekline ekip başkanı ile tetkik edilen birim karar verir. Bunun yanı sıra, tetkik programının tamamının çevrim içi veya yüz yüze olması kararı Koordinatörlüğe aittir.

Tetkik ekipleri, değerlendirilen birimden doğrudan sorumlu olmayan kişilerden müteşekkil olmak üzere en az 2 (iki) kişiden oluşur ve tetkik, ilgili birimin Birim Kalite Ekibi ve/veya sorumluları rehberliğinde gerçekleştirilir. İhtiyaç görülen birim, proses veya faaliyetler için teknik uzman görevlendirilebilir.

Plandaki değişiklikler, Koordinatörlük tarafından sebebi açıklanarak ilgililere yazılı ve sözlü olarak duyurulur ve plan ilgili değişikliğe uygun olarak KDYS üzerinden revize edilir.

5.5.3. Tetkikin başlatılması

Koordinatörlük iç tetkik öncesinde yaptığı koordinasyon toplantısının son bölümünde, ekip üyelerine programla ilgili bilgilendirmeler, uyarılar, önlemler ve hatırlatmaları içeren bir açılış sunumu yapar. Bu toplantı çerçevesinde Koordinatörlük tarafından tetkik sürecinin etkinliği için gerekli olduğuna karar verilirse konuya özel bir eğitim de verilebilir.

5.6. Tetkik Programının Uygulanması

5.6.1. Tetkik öncesi hazırlık

1. Tetkik edilen tarafından yapılacak hazırlıklar

- Şartlara uygunluk yönünden birimin / sürecin faaliyetleri, dokümanite edilmiş bilgileri, ürün ve hizmetlerin yürütüldüğü fiziksel ortam gözden geçirilir ve gerekli düzenlemeler yapılır.
- Faaliyetlerinde kullanılan DEB'lerin ulaşılabilir şekilde bulundurulması sağlanır.

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03 İlk Yayın Tar.: 8.10.2018 Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023 Sayfa 6 / 11

- Tetkik ekip başkanı tarafından talep edilmesi halinde tetkik öncesinde ilgili dokümanla bilgilere erişim sağlanır.
- Birim kalite ekibinin ve / veya kalite birim sorumlusunun tetkik esnasında hazır bulunması temin edilir. Şayet bu mümkün olamıyorsa ekibe rehberlik edecek uygun bir personel görevlendirilir.
- Tetkik edilen tarafından bir rehberin görevlendirilmesi esas olmakla birlikte, kendi adına bir gözlemci de görevlendirilebilir. Görevlendirilen rehber ve gözlemciler tetkik ekibine refakat ederler. Tetkikin yapılmasına karışmaz, tetkike etki edemez, ancak ekip başkanının talebi ile harekete geçebilirler. Görevlendirilenlere, bu konuda gerekli bildirim tetkik edilen temsilcisi tarafından yapılır.
- Açılış ve kapanış toplantıları için gerekli organizasyon yapılır.

2. Tetkik ekibi tarafından yapılacak hazırlıklar

- Koordinasyon toplantısından önce, ekip başkanı tarafından tetkik edilenin temsilcisiyle temas kurularak takvim, süre, ekip üyeleri, açılış toplantısının kapsamı, bilgilere erişim, gizliliğe ilişkin hususlar gibi konularda karşılıklı teyit alınır.
- Tetkik ekibi, ekip başkanı önderliğinde, elektronik posta, toplantı veya diğer yöntemlerle kendi arasında koordinasyonu sağlayacak en az bir görüşme yapar. Bu görüşmede çalışma yöntemi, tetkik edilecek birim hakkında ön bilgiler, gerekli dokümanların tespiti, görev paylaşımı gibi hususlar netleştirilir. Ekibin görev paylaşımı, ekip başkanınca, üyelere danışarak her üyeye belirli proses, fonksiyon, saha, alan veya faaliyetleri tetkik etme görevinin verilmesi şeklindedir. Bu görevlendirmelerde tetkikçilerin bağımsızlık ve yeterlilik nitelikleri, kaynakların etkin kullanımı, tetkik görevlisi, aday tetkikçi ve teknik uzman görevlerinin rol ve sorumlulukları dikkate alınmalıdır.
- Tetkik edilecek birime ilişkin daha önceki tetkik raporları, birimle ilgili dokümanlar (süreçler, prosedür, talimat vb.) ve fakülte, enstitü, yüksekokul ve meslek yüksekokulları için **Birim İç Değerlendirme Raporları**, idari birimler, koordinatörlükler ve uygulama ve araştırma merkezleri için **İç Tetkik Soru Listesi (LS/GNL/07)**, tetkik tarihinden en az 7 (yedi) gün önce, ekip başkanı tarafından ilgisine göre KDYS, tetkik edilen birim veya Koordinatörlükten temin edilir. Referans olarak kullanmak ve tetkik gelişmelerini kaydetmek üzere gerekli olabilecek çalışma dokümanları (kontrol listeleri, tetkik numune alma planı, muhtelif bilgilerin kayıt formları) da bu süreçte hazırlanmalıdır.
- Tetkik edilen birim ya da sürecin büyüklüğüne, yapısına veya karmaşıklığına göre temin edilen dokümanla bilgiler veya özetleri üzerinden bir ön çalışma yapılarak tetkik sürelerine riayet ve tetkikin etkinliği sağlanır.

5.6.2. Tetkik faaliyetleri

1. Masa başı çalışma

- Sahadaki tetkik faaliyetlerinden önce tetkik edilenin DEB'lerinin gözden geçirilmesi ve sistemin tetkik kriterlerine uyumunun belirlenmesine dayanan masa başı çalışmaları gerçekleştirilir.
- Burada Kalite Yönetim Sistemi dokümanla bilgileri ile önceki iç tetkikin DEB'leri incelenir. Şayet DEB'ler mevcut haliyle "yetersiz" bulunursa ekip başkanı tetkik edileni ve Koordinatörlüğü durumdan haberdar eder. Koordinatörlük Rektörü de bilgilendirmek kaydıyla ekip başkanı ile durumu istişare ederek tetkikin devamına ya da endişeler giderilinceye kadar tetkikin askıya alınmasına karar verir.

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03 İlk Yayın Tar.: 8.10.2018 Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023 Sayfa 7 / 11

2. Saha tetkik

- Açılış: Saha tetkiki, tetkik edilenin yöneticileri ve sorumluları ile yapılacak açılış toplantısıyla başlar. Açılış toplantısı resmi olmalı, **Toplantı Katılım Formu (FR/GNL/01)** ile kayıt altına alınmalı ve bu form, tetkik sonrasında raporlar ve diğer tetkik dokümanları ile birlikte Koordinatörlüğe iletilmelidir.
- Bilgi toplama: Tetkikçiler uygun numune alma yöntemini kullanarak, tetkikin kapsamındaki faaliyet ve görevleri yürüten kişilerle mülakat, çalışma ortamını ve şartlarını gözlemleme, dokümanlara ve kayıtlarına bakma, internet sitelerinden faydalanma metotlarıyla tetkik hedefleri, kapsamı ve kriterlerine ilişkin bilgileri toplar ve doğrularlar. Doğrulanabilen bilgiler tetkik delili olarak kabul edilir ve kayıt edilir.
- Tetkik esnasında temel olarak **İç Tetkik Soru Listesi (LS/GNL/07)** veya **Birim İç Değerlendirme Raporları** kullanılır. Ekip başkanları tarafından gözden kaçırılan alanların minimize edilmesi için gerekli görülen ek sorular yöneltilir ve **İç Tetkik Soru Listesi (LS/GNL/07)** veya **Birim Geri Bildirim Raporu Formunun (FR/GNL/36)** "Ek Sorular" alanında dokümante edilir. Soru listesinde yer aldığı halde tetkik edilenle ilgili olmayan sorular tetkik edilene yöneltilmez, bu soruların yanına durumu belirten bir not veya işaret düşülür.
- Tetkik bulgularının üretilmesi: Delil-kriter karşılaştırmasıyla bulgu üretilir. Bulgu tetkik kriterine uyum, uyumsuzluk ya da iyileştirme fırsatıdır. Uyumsuzluk halinde tetkik edilenle birlikte deliller gözden geçirilerek delilin doğruluğu teyit edilmelidir. Uyumsuzluğun açıklanarak anlaşılması sağlanmalıdır. Görüş ayrılıkları giderilmeli, giderilemeyenler kaydedilmelidir. **Birim İç Değerlendirme Raporu** veya **İç Tetkik Soru Listesi (LS/GNL/07)** üzerinden sorulan sorulardan elde edilen sonuçlar, daha sonra **Birim Geri Bildirim Raporu Formu (FR/GNL/36)** veya **İç Tetkik Raporu Formuna (FR/GNL/19)**, tetkik bulguları ve değerlendirme alanlarına uygun ifade ve biçimde kaydedilir.
- Delile dayalı olarak tespit edilen uygunsuzluklar için, tetkik edilen temsilcisi ile mutabık kalınan bir uygunsuzluk / risk tespiti belirlenir ve daha sonra Koordinatörlüğe sunulur. Şayet bu uygunsuzluk / risk tespiti düzeltici faaliyet olarak dokümante edilirse, düzeltici faaliyetin ne kadar sürede tamamlanacağı ve takip tetkiki için tarihi de mutabakatla belirlenir. Bu işlemler için **Uygunsuzluk / Risk Tespit Formu (FR/GNL/44)** ve **Düzeltilici Faaliyet Formu (FR/GNL/20)** kullanılır. İlgili birim amiri belirlenmiş olan uygunsuzluklarla ilgili düzeltici faaliyetleri zamanında yapmaktan, uygunsuzluğu tespit eden tetkik ekibinin başkanı ise takip sürecinin koordinasyonundan sorumludur.
- Kapanış: Saha tetkiki, ekip başkanının liderlik ettiği ve tetkik edilenin diğer katılımcıları belirleyeceği bir toplantıyla tamamlanır. Bu toplantıda tetkik bulgu ve sonuçları anlaşılır biçimde takdim edilir. Tetkik edilen tarafından şayet öngörülmüşse düzeltici faaliyetlerle ilgili programlama sunulur, bu program üzerinde anlaşma sağlanır, sürece ilişkin hem yaşanan hem yapılacaklar konusunda gerekli bilgilendirme yapılır. Kapanış toplantısı resmi olmalı, kurumsal olarak düzenlenmiş ve KDYS'de güncel olarak yer verilmiş formlar ile kayıt altına alınmalı ve bu kayıtlar muhafaza edilmelidir. Bu toplantıda ayrıca, ekip başkanı tarafından tetkik edilene tetkik ekibini değerlendirme prosesi de aktarılır.

3. Sonuçların dokümante edilmesi ve takibi

- Tetkik ekibi, birimle gerçekleştirdiği tetkik faaliyetinin ardından; Birim Geri Bildirim faaliyeti için **Birim Geri Bildirim Raporu Formunu (FR/GNL/36)**, İç Tetkik faaliyeti için **İç Tetkik Soru Listesi (LS/GNL/07)** ve **İç Tetkik Raporu Formunu (FR/GNL/19)** hazırlar ve **Toplantı Katılım Formu**

 İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03 İlk Yayın Tar.: 8.10.2018 Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023 Sayfa 8 / 11

(FR/GNL/01) ile birlikte elektronik posta eklerinde Koordinatörlüğe gönderir. Tetkik ekibi varsa *Uygunsuzluk / Risk Tespit Formunu (FR/GNL/44)* da bu elektronik postaya ekler.

- Tetkik ekibi tarafından Koordinatörlüğe *Uygunsuzluk / Risk Tespit Formu (FR/GNL/44)* iletildiği takdirde, öncelikle formda yer alan tanım veya tanımlar Koordinatörlük bünyesinde değerlendirilir. Düzeltici faaliyet oluşturulmasına karar verildiği durumda, uygunsuzluk / risk tespiti yapan personele *Düzeltici Faaliyet Formu (FR/GNL/20)* hazırlaması için tarih termini verilir. Form, uygunsuzluk / risk tespiti yapan personel tarafından birime sunulur ve birim amiri ile birlikte düzeltici faaliyet, sonuç tarihi ve takip tarihi planlanarak forma kaydedilir. Taraflar nezdinde mutabık kalınan *Düzeltici Faaliyet Formu (FR/GNL/20)* Koordinatörlüğe iletilir ve Koordinatörlük tarafından dokümante edilir. Takip işlemleri uygunsuzluk / risk tespiti yapan personel ve Kalite Yönetim Temsilcisi (KYT) tarafından organize edilir. Süreçle ilgili tüm detaylar *Düzeltici Faaliyet Prosedürü (PR/GNL/04)* ile belirlenir.
- Tetkikler esnasında belirlenen düzeltici faaliyetlerin durumu KYT tarafından *Düzeltici Faaliyet Takip Listesi (LS/GNL/06)* ile dokümante edilir ve KDYS'de yer alan "Düzeltici Faaliyetler" DEB türü altında takip edilir.
- Tetkikler sonucunda belirlenen düzeltici faaliyetler için öngörülen takip tetkikleri, tetkiki yapan ekip tarafından ve *Düzeltici Faaliyet Formlarında (FR/GNL/20)* belirlenen tarihlerde yapılır. Takip tetkikine çıkmadan önce Koordinatörlükten teslim alınan veya KDYS üzerinde yer alan ilgili düzeltici faaliyet formunun aslı üzerinde, yapılan takip işleminin tesisi de kayıt altına alınır. Formların, karşılıklı (tetkik ekibi başkanı ve tetkik edilen birim/süreç üst amiri) imzalama işlemi yapıldıktan sonra 2 iş günü içinde Koordinatörlüğe teslimi yapılır ve Koordinatörlük tarafından KDYS'de dokümante edilir. Sonuçlar *Düzeltici Faaliyet Takip Listesine (LS/GNL/06)* kaydedilir.

5.6.3. Olumlu hususlar, iyileştirilebilecek hususlar ve uygunsuzlukların tespiti

1. Olumlu hususlar

Tetkik ekibi tarafından tetkik öncesi, sırası ve / veya sonrasında karşılaşılan ve proseslere, şartlara, ölçüt ve/veya alt ölçütlere ilişkin olumlu hususlardır.

2. İyileştirilebilecek hususlar

YÖKAK ve/veya TSE tarafından tayin edilen ilgili şartların, ölçütlerin veya alt ölçütlerin gerekliliklerini yerine getirmekle birlikte, daha geliştirilmesi için tetkik ekibi tarafından önerilen hususlardır.

3. Uygunsuzluk ve riskler

Tetkik edilen birimde TS EN ISO 9001:2015 KYS gereği, aşağıda sıralanan şartlara ilişkin dokümante edilmiş bilgi bulunmalıdır. İlgili dokümantasyonun sağlanamaması durumunda Uygunsuzluk / Risk Tespit Formunun doldurularak Koordinatörlüğe sunulması gerekir. Standardın dokümante edilmiş bilgi aranan şartları aşağıda listelenmiştir.

- 4.3. Kalite yönetim sisteminin kapsamının belirlenmesi
- 4.4. Kalite yönetim sistemi ve prosesler
- 5.2.1. Kalite politikasının oluşturulması
- 6.2. Kalite hedefleri ve bunlara erişmek için planlama
- 7.1.5. İzleme ve ölçme kaynakları

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03
		İlk Yayın Tar.: 8.10.2018
		Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023
		Sayfa 9 / 11

7.1.5.1. Genel

7.1.5.2. Ölçüm izlenebilirliği

7.2. Yetkinlik

7.5. Dokümanite edilmiş bilgi

7.5.1. Genel

7.5.2. Oluşturma ve güncelleme

7.5.3. Dokümanite edilmiş bilginin kontrolü

8.1. Operasyonel planlama ve kontrol

8.2.3. Ürün ve hizmetler için şartların gözden geçirilmesi

8.2.4. Ürün ve hizmetler için şartların değişmesi

8.3.2. Tasarım ve geliştirmenin planlaması

8.3.3. Tasarım ve geliştirme girdileri

8.3.4. Tasarım ve geliştirme kontrolleri

8.3.5. Tasarım ve geliştirme çıktıları

8.3.6. Tasarım ve geliştirme değişiklikleri

8.4. Dışarıdan tedarik edilen proses, ürün ve hizmetlerin kontrolü

8.5.2. Tanımlama ve izlenebilirlik

8.5.3. Müşteri veya dış tedarikçiye ait mülkiyet

8.5.6. Değişikliklerin kontrolü

8.6. Ürün ve hizmetlerin piyasaya sunumu

8.7. Uygun olmayan çıktının kontrolü

9.1. İzleme, ölçme, analiz ve değerlendirme

9.2. İç tetkik

9.3. Yönetimin gözden geçirmesi

10.2. Uygunsuzluk ve düzeltici faaliyet

Burada bir diğer önemli husus, standardın bazı şartlarının merkezi olarak Rektörlük tarafından sağlanması konusunun muhakeme edilmesidir. Örneğin, birimin kendine özgü bir kalite politikası bulunmasa da Üniversitenin politikasını benimsemiş olabilir. Bir diğer örnek, Yönetimin Gözden Geçirmesi (YGG) toplantılarının tüm birimlerin üst amirinin katılımıyla Koordinatörlük tarafından organize edilmesidir.

5.7. Tetkik Sürecinin Analizi

Tetkik faaliyetinin tamamlanmasının ardından, birime, ekip başkanlarına ve tetkik görevlilerine yönelik olarak Üniversite Bilgi Yönetimi Sistemi (ÜBYS) anket modülü üzerinden değerlendirme anketleri gerçekleştirilir. Anketlerin içerikleri *Birim Amirlerine Yönelik Tetkik Değerlendirme Anketi Formu*

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03 İlk Yayın Tar.: 8.10.2018 Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023 Sayfa 10 / 11

(FR/GNL/31), *Ekip Başkanlarına Yönelik Tetkik Değerlendirme Anketi Formu (FR/GNL/32)* ve *Tetkik Görevlilerine Yönelik Tetkik Değerlendirme Anketi Formu (FR/GNL/33)* olarak dokümanite edilmiştir. Anketlerde birimlerin ekip üyelerini ve ekip üyelerinin de birbirlerini değerlendirmesi yapılır. Buna göre, tetkik görevlilerinin ekip başkanı ve aday tetkikçilerin tetkik görevlisi potansiyelleri de değerlendirilir. Anketler tamamlandıktan sonra *İç Tetkik Sonuç Raporu Formu (FR/GNL/21)* ve *Birim Geri Bildirim Sonuç Raporu Formunun (FR/GNL/43)* "Değerlendirmeler" alanında bulunan "Tetkik Süreci Değerlendirme Anketlerinin Sonuçları" başlığı altında dokümanite edilir.

5.8. Tetkik Programının İzlenmesi, Gözden Geçirilmesi ve İyileştirilmesi

Koordinatörlük tarafından tetkik süresince, tetkik ekibinin sürece uyumu, tetkik planı ve takvimine uyum, tetkik edilen ve tetkikçilerden gelen geri bildirimler açısından izlenir ve tetkik ekiplerinden gelen tüm *Birim Geri Bildirim Raporları* veya *İç Tetkik Raporları* değerlendirilerek, tetkik programının bitimini takip eden 20 iş günü içinde, faaliyetin hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını tespit etmek ve iyileştirme fırsatlarını belirlemek amacıyla, yapılan tetkik uygulaması gözden geçirilir ve *Birim Geri Bildirim Sonuç Raporu (FR/GNL/43)* veya *İç Tetkik Sonuç Raporu (FR/GNL/21)* hazırlanarak üst yönetime sunulur ve KDYS üzerinden dokümanite edilir. Bu rapora tetkik boyunca oluşturulan dokümanite bilgilerin bir özeti, tetkiklerin tümünde tespit edilen iyileştirme fırsatları ve uygunsuzluklar, tetkik ekiplerinin performansı, tetkikte yaşanan aksamalar ve sürecin izleme ve değerlendirme sonuçları kaydedilir. Rapordan sentez edilen temel konular, "Değerlendirmeler" alanında bulunan "Sürekli İyileştirme Hususları" başlığı altında dokümanite edilir, YGG toplantısında sunulmak üzere gündeme alınır ve Sürekli İyileştirme Planının maddelerine eklenerek izlenmesi ve iyileştirilmesi yapılır.

5.9. Tetkik Faaliyetlerinin Önemi

İç tetkik programının uygulanmasının ve tetkik sonuçlarının kanıtları dokümanlar ile belgelenir ve bu dokümanlar muhafaza edilir.

İşbu prosedür sorumluları kendilerine teslim edilen ve belirlenen süreler içinde Koordinatörlüğe teslim etmeleri istenen ilgili dokümanların güvenliği ve (öngörülümüşse) gizliliğini korumaktan sorumludur.

İç tetkiklerde, tetkikçilerce not alınarak çalışılması esastır. Bu notlar dokümanite edilen bilgilere kaynaklık eder ve bunların doğru ve nizami biçimde oluşturulmasını sağlar.

İç tetkik raporlarının ve düzeltici faaliyetlerin önerildiği formların karalama, silme, düzeltme olmaksızın temiz biçimde doldurulması gerekmektedir. Sadece maddi bir hata (yazım yanlışı gibi) nedeniyle, tarih bilgisi yanında ekip başkanının ismi soy ismi ve parafının olması kaydıyla, iç tetkik raporu üzerinde düzeltme yapılabilir. Düzeltici faaliyet formlarında düzeltme yapılamaz, hata durumunda yeni form düzenlenir.

Tetkikler sonucunda hazırlanan; *Birim Geri Bildirim Raporları*, *İç Tetkik Raporları*, *İç Tetkik Soru Listeleri*, *Toplantı Katılım Formları* ve (varsa) *Uygunsuzluk / Risk Tespit Formları* tetkiki takip eden 10 (on) iş günü içinde ekipler tarafından elektronik posta ile Koordinatörlüğe gönderilir ve ilgili rapor Koordinatörlük tarafından KDYS üzerinden tetkik edilen birimin "Raporlar" DEB türü altında ekip başkanının imzasına açılır.

Tetkik edilen birimin üst amirleri ve süreç sahipleri tetkik ekibini, ÜBYS Anket Modülü üzerinden hazırlanan anket ile değerlendirir. Ayrıca, tetkik ekibi de kendi içerisinde ekip üyelerini ÜBYS Anket Modülü üzerinden hazırlanan anket ile değerlendirir (Bkz. *Bölüm 5.7. Tetkik Süresinin Analizi*).

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ	
	İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ	Dok. No: PR/GNL/03 İlk Yayın Tar.: 8.10.2018 Rev. No/Tar.: 02/9.08.2023 Sayfa 11 / 11

5.10. Tetkik Görevlilerinin Yeterliliği

Tetkik görevlilerinin yeterliliğe ulaşması, bu yeterliliğin sürdürülmesi, tetkik görevlilerinin performansının iyileştirilmesi ve değerlendirilmelerinin sağlanması ayrıca profesyonel gelişimlerinin devamını temin için Rektörün görevlendirdiği Koordinatörlük tarafından;

1. Üniversitenin iç tetkik görevlisi ihtiyacı belirlenir ve tetkik görevlisi havuzunun sertifikalı iç tetkik görevlilerinden müteşekkil olacak şekilde oluşturulması için gerekli çalışmalar yapılır.
2. Üniversite iç tetkik görevlilerinin kalite sistemleri bilgisinin sürekliliği ve güncelliğini sağlamak için eğitim programları düzenlenir.
3. TS EN ISO 19011 Yönetim Sistemleri Denetim Standardına uygun olarak tesis edilen, tetkik görevlilerinin değerlendirilmesine ilişkin gerekli faaliyet yürütülür.
4. Tetkik görevlisi değerlendirme faaliyeti sonuçları ve ilgili dönem iç tetkik sonuç raporu esas alınarak tetkik görevlisi yeterliliğine ilişkin iyileştirme ihtiyacı belirlenir ve karşılanır.

İLGİLİ DOKÜMANLAR

- İç Tetkik Görevlisi Görev Takip Listesi (LS/GNL/12)
- Kalite Komisyonu Üye Listesi (LS/GNL/10)
- İç Tetkik Soru Listesi (LS/GNL/07)
- İç Tetkik Soru Listesi Şablon Formu (FR/GNL/27)
- İç Tetkik Planı Formu (FR/GNL/18)
- İç Tetkik Raporu Formu (FR/GNL/19)
- İç Tetkik Sonuç Raporu Formu (FR/GNL/21)
- Birim İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Rehberi (RH/GNL/02)
- Birim İç Değerlendirme Raporu Formu (FR/GNL/35)
- Birim Geri Bildirim Saha Ziyareti Planı Formu (FR/GNL/42)
- Birim Geri Bildirim Raporu Formu (FR/GNL/36)
- Birim Geri Bildirim Sonuç Raporu Formu (FR/GNL/43)
- Düzeltici Faaliyet Prosedürü (PR/GNL/04)
- Uygunsuzluk / Risk Tespit Formu (FR/GNL/44)
- Düzeltici Faaliyet Formu (FR/GNL/20)
- Düzeltici Faaliyet Takip Listesi (LS/GNL/06)
- Birim Amirlerine Yönelik Tetkik Değerlendirme Anketi Formu (FR/GNL/31)
- Ekip Başkanlarına Yönelik Tetkik Değerlendirme Anketi Formu (FR/GNL/32)
- Tetkik Görevlilerine Yönelik Tetkik Değerlendirme Anketi Formu (FR/GNL/33)