



**ПРОГРАММА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА
для объектов использования атомной энергии в УрФУ
СМК-ПОК-13-12-2018**

Версия 2

Екатеринбург

2018

Содержание

1. Назначение и область применения	4
2. Нормативные ссылки	4
3. Термины, определения и сокращения	6
4. Требования к программе обеспечения качества.....	8
4.1. Общие требования.....	8
4.2. Политика в области качества.....	11
4.3. Обязательства руководства в области качества	12
5. Организационная деятельность.....	13
5.1 Организационно-правовая форма УрФУ	13
5.2. Организационная структура системы менеджмента качества УрФУ	13
5.3. Система управления радиационной безопасностью в университете	15
5.4. Структура службы радиационной безопасности в университете и организация взаимодействия.....	15
5.5. Научно-исследовательская и учебная деятельность в университете с использованием радиоактивных веществ.	15
5.5.1. Организация работ с использованием радиоактивных веществ и других источников ионизирующих излучений.....	15
5.5.2. Установление контрольных уровней.....	17
5.5.3. Допуск сотрудников к работе с РВ и ИИИ.	18
5.5.4. Ответственность за радиационную безопасность и контроль ее состояния.....	19
5.6. Метрологическое обеспечение.	20
5.7. Контроль оборудования.	20
5.8 Обеспечение качества программных средств и расчетных методик.....	21
6. Управление персоналом.	21
6.1. Общие положения.....	21
6.2. Компетентность, осведомленность и подготовка	21
6.2.1. Планирование работ по подготовке и обучению персонала	21
6.2.2. Подготовка и обучение персонала.....	22
6.2.3. Обучение безопасным методам труда и тренинг технологического персонала.	22
6.2.4. Регистрация и хранение записей о подготовке и обучении, навыках и опыте.....	23
6.3. Формирование и поддержание культуры безопасности в университете.	23
6.3.1. Производственный контроль промышленной безопасности	23
6.3.2 Производственный контроль соблюдения санитарных правил и выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.....	24
6.3.3 Производственный экологический контроль.....	25
6.3.4. Административно - общественный контроль соблюдения требований охраны труда и радиационной безопасности	25
7. Управление документацией.....	27
8. Управление закупками оборудования, комплектующих изделий, материалов, полуфабрикатов и программных средств, а также предоставляемых услуг.	28
8.1. Процесс закупок	28
8.2. Информация по закупкам	29
8.3. Верификация закупленной продукции.....	29
9. Порядок получения и организация учета радиоактивных веществ и других источников ионизирующих излучений.....	29
9.1. Поставка РВ и ИИИ, требующая согласования с органами Роспотребнадзора.....	29
9.2. Поставка РВ и ИИИ, не требующая согласования с органами Роспотребнадзора.	30
10. Изготовление и передача радиоизотопной продукции другим организациям.	30
11. Управление несоответствиями.....	31

11.1. Общие положения.....	31
11.2. Корректирующие и предупреждающие действия	32
12. Аудиты (проверки)	32
12.1. Внутренние аудиты.	33
13. Заключительные положения.....	33
Приложение №1 Система управления радиационной безопасностью.....	34
Приложение № 2 Структура службы радиационной безопасности	35
Лист рассылки.....	36
Лист регистрации изменений	37
Лист согласования	

1. Назначение и область применения

1.1. Программа обеспечения качества для объектов использования атомной энергии в ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» (УрФУ) определяет организационно-технические мероприятия по обеспечению качества, влияющие на безопасность при обращении с РВ и РАО.

1.2. Программа распространяется на все выполняемые работы и предоставляемые услуги, влияющие на безопасность ОИАЭ, на всех этапах его жизненного цикла.

1.3. Программа предназначена для структурных подразделений УрФУ, использующие объектов использования атомной энергии в образовательной, научной и инновационной деятельности.

Структурные подразделений УрФУ, использующие объекты использования атомной энергии должны разработать частные ПОК в соответствии НП-090-11 «Требования к программам обеспечения качества для объектов использования атомной энергии», утверждены приказом Федеральной службы по экологическому, технологическому и атомному надзору от 07.02.2012г. № 85 и спецификой работы подразделения.

1.4. Настоящая программа определяет:

- политику в области качества;
- организационную деятельность по обеспечению качества при эксплуатации ОИАЭ;
- управление персоналом, участвующим в выполнении и контроле работ на которые распространяется ПОК, при его подборе, комплектовании, подготовке, поддержании и повышении квалификации, допуске к самостоятельной работе;
- управление документацией;
- управление закупками оборудования, комплектующих изделий, материалов, полуфабрикатов и программных средств, а также предоставляемых услуг;
- управление несоответствиями;
- порядок проведения аудитов.

2. Нормативные ссылки

Программа разработана с учетом следующих нормативных документов:

- 2.1. ГОСТ Р ИСО 9001-2015 Системы менеджмента качества. Требования
- 2.2. ГОСТ-12.0.230-2007 ССБТ. Система управления охраной труда. Общие требования».
- 2.3. ГОСТ-12.0.007-2009 ССБТ. Система управления охраной труда в организации. Федеральный закон "Об основах радиационной безопасности в Российской Федерации" от 23.06.99 г.
- 2.4. Трудовой кодекс РФ.
- 2.5. Основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности (ОСПОРБ-99/2010 с изменениями на 16 сентября 2013г.) СП 2.6.1.2612-10 М. Минюст России, 2010.
- 2.6. Нормы радиационной безопасности (НРБ-99/2009) СанПиН 2.6.1.2523 - 09 М. Минюст России, 2009.
- 2.7. "Правила организации и осуществления производственного контроля соблюдения требований промышленной безопасности на опасном производственном объекте", утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 10.03.99 г. № 263.
- 2.8. Положение об отделе Охраны труда. Версия 1 от 25.08.2017г.
- 2.9. Положению о учете и контроле радиоактивных веществ и радиоактивных отходов в ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» 2018г.
- 2.10. Приказ ректора УрФУ от 10.04.2011г. №270/03 О введении в действие МИ «Правила

- ввода в эксплуатацию лабораторий, компьютерных классов и других помещений с установленным в них оборудованием».
- 2.11. Инструкция по предупреждению аварий и пожара и ликвидации их последствий в ФГАОУ ВО УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» от 26.11.2018г. № ИРБ-004-2018.
 - 2.12. Инструкция по обеспечению радиационной безопасности при проведении работ в ХРАИ УРБ УМТО от 20.04.2018г. № ИРБ-003-2018.
 - 2.13. СМК-МИ-6.4-01-2011 версия 1.0 от 05 04 2011г. Методическая инструкция. Правила ввода в эксплуатацию лабораторий, компьютерных классов и других помещений с установленным в них оборудованием.
 - 2.14. СМК-ДП-6.4-03-81-2017 Система управление охраной труда в УрФУ;
 - 2.15. СМК-ДП-8.2.2-03-64-2016 Внутренние аудиты;
 - 2.16. РК-02.Ч II-2016 Руководство по качеству Часть II;
 - 2.17. СМК-ДП-4.2.4-03-15-2012 Управление записями;
 - 2.18. СМК-ДП-4.2.3-03-65-2016 Управление документацией;
 - 2.19. СМК-ДП-8.3-03-16-2012 Управление несоответствующей продукцией;
 - 2.20. СМК-ДП-8.5-03-63-2016 Корректирующие и предупреждающие действия;
 - 2.21. СМК-ПОК-13-01-2014 Программа обеспечения качества при обращении с радиоактивными веществами и их хранении в ХРАИ;
 - 2.22. НП-090-11 Требования к программам обеспечения качества для объектов использования атомной энергии;
 - 2.23. НП-020-2015 Федеральные нормы и правила в области использования атомной энергии «Сбор, переработка, хранение и кондиционирование твердых радиоактивных отходов. Требования безопасности»;
 - 2.24. НП-034-15 федеральные нормы и правила в области использования атомной энергии «Правила физической защиты радиоактивных веществ, радиационных источников и пунктов хранения»;
 - 2.25. НП-038-16 Федеральные нормы и правила в области использования атомной энергии «Общие положения обеспечения безопасности радиационных источников»;
 - 2.26. НП-067-16. Федеральные нормы и правила в области использования атомной энергии «Основные правила учета и контроля радиоактивных веществ и радиоактивных отходов в организации»;
 - 2.27. НП-014-16 Федеральные нормы и правила в области использования атомной энергии «Правила расследования и учета нарушений при эксплуатации и выводе из эксплуатации радиационных источников, пунктов хранения радиоактивных веществ и радиоактивных отходов и обращении с радиоактивными веществами и радиоактивными отходами».
 - 2.28. СМК-ПВД-6.2-01-116-2017 Положение о порядке замещения должностей педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, в УрФУ.
 - 2.29. СМК-ДП-6.2.2-01-2007 Обучение и повышение квалификации персонала.
 - 2.30. Положение о порядке проведения закупок для нужд ФГАОУ ВО УрФУ. СМК-ДП-6.8-03-50-2015 Регламент электронного документа оборота в рамках закупочной деятельности.
 - 2.31. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.04.2003 № 54 о введении в действие СанПиН 2.6.1.1281-03 вместе с СанПиН 2.6.1.1281-03.2.6.1. Ионизирующие излучения, радиационная безопасность. Санитарные правила по радиационной безопасности персонала и населения при транспортировании радиоактивных материалов (веществ).
 - 2.32. СМК-ДП-6.4-03-40-2014 «Регламент. Обращение с отходами производства и потребления».

3. Термины, определения и сокращения

Термины и сокращения, используемые в тексте документа, приведены и расшифрованы в таблице 1 и в таблице 2.

Таблица 1. Термины и определения

№	Термин	Определение
1.	Качество	совокупность свойств и характеристик работ (услуг) или оборудования при обращении с радиоактивными веществами, определяющих их способность удовлетворять установленным требованиям в соответствии с их назначением;
2.	Корректирующие меры	деятельность, с помощью которой устраняются несоответствия и предотвращается их повторение;
3.	Несоответствие	отступление от требований к качеству, которое делает качество работы (услуги) или оборудования неприемлемым;
4.	Обеспечение качества	часть скоординированной деятельности по руководству и управлению организацией, направленная на создание уверенности, что требования к качеству будут выполнены.
5.	Пересмотр программы обеспечения качества	проверка программы обеспечения качества в целях подтверждения ее соответствия установленным требованиям или возможного усовершенствования;
6.	Политика в области качества	общие намерения и направление деятельности организации в области качества, официально сформулированные высшим руководством.
7.	Проверка	документированная деятельность, осуществляемая для оценки эффективности программы обеспечения качества;
8.	Программа обеспечения качества (ПОК)	документ, устанавливающий совокупность организационных и технических мероприятий по обеспечению качества, влияющих на безопасность ОИАЭ.
9.	Жизненный цикл ОИАЭ	размещение, проектирование (включая изыскания), конструирование, производство, сооружение или строительство (включая монтаж, наладку, ввод в эксплуатацию), эксплуатация, реконструкция, капитальный ремонт, вывод из эксплуатации (закрытие), транспортирование (перевозка), обращение, хранение, захоронение и утилизация объектов использования атомной энергии (в зависимости от категории ОИАЭ)

Таблица 2. Сокращения и обозначения

№	Сокращения	Полное наименование
1.	УрФУ, университет	федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина».
2.	СМК	система менеджмента качества;
3.	ОСПОРБ	основные санитарные правила обеспечения радиационной безопасности;
4.	НРБ	нормы радиационной безопасности;
5.	РБ	радиационная безопасность;
6.	НП	нормы и правила;
7.	ПБ	правила безопасности;
8.	РВ	радиоактивные вещества;
9.	РАО	радиоактивные отходы;
10.	ИИИ	источники ионизирующего излучения;
11.	ХРАИ	хранилище радиоактивных источников;
12.	УРБ	участок радиационной безопасности;
13.	ООТ	отдел охраны труда;
14.	УЭЗиС	управление эксплуатации зданий и сооружений;
15.	ЭТО	эксплуатационно-технический отдел;
16.	УМТО	управление материально-технического обеспечения;
17.	УК	управление кадров;
18.	Служба ГМ	служба главного механика;
19.	Служба ГЭ	служба главного энергетика;
20.	ЛПУ	Лечебно-профилактическое учреждение;
21.	ФГУП	федеральное государственное унитарное предприятие;
22.	РИП	радиоизотопные приборы, устройства;
23.	МЗА	малозначимая активность;
24.	КУ	контрольные уровни;
25.	СП и СПМ	санитарные правила и санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия;
26.	СИЗ	средства индивидуальной защиты;
27.	АОК	административно-общественный контроль;
28.	УР	учебная работа;
29.	НР	научная работа;
30.	УМТО по надзору за ЯРБ	Уральский межрегиональный территориальный округ по надзору за ядерной и радиационной безопасностью;
31.	ПМО	периодический медицинский осмотр;
32.	ЦСР	центр социальной работы;
33.	ПОК	Программа обеспечения качества
34.	ОИАЭ	Объект использования атомной энергии

4. Требования к программе обеспечения качества

4.1. Общие требования

Администрация университета обеспечивает разработку, внедрение и функционирование программы обеспечения качества при обращении с РВ и их хранении в ХРАИ в соответствии с установленными требованиями.

Для функционирования программы обеспечения качества необходимо:

- определять законы и иные нормативные правовые акты, содержащие государственные нормативные требования в области радиационной безопасности, распространяющиеся на деятельность университета;
- определять политику в области радиационной безопасности;
- определять цели и задачи в области радиационной безопасности, устанавливать приоритеты;
- разрабатывать организационную схему и программу для реализации политики и достижения ее целей, выполнения поставленных задач.

Программа обеспечения качества предусматривает:

- планирование показателей качества радиационной безопасности;
- управление качеством обеспечения радиационной безопасности;
- контроль плановых показателей;
- возможность осуществления корректирующих и предупредительных действий;
- внутренний аудит системы обеспечения качества радиационной безопасности и анализ ее функционирования;
- возможность адаптации к изменяющимся обстоятельствам;
- возможность интеграции в общую систему качества университета в виде отдельной подсистемы.

В университете развивается модель интегрированной системы менеджмента качества, которая основывается на:

- Модели EFQM (The Excellence Model EFQM) - Модель делового совершенства;
- «Стандартах и директивах для гарантии качества Высшего образования в Европейском регионе», разработанные Европейской сетью (Ассоциацией) гарантии качества (ENQA) в сфере высшего образования»;
- требованиях стандартов ИСО серии 9000, а так же ГОСТ РВ 0015-002-2012 «Система разработки и постановки продукции на производство. Военная техника» - в части выполнения научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ, а так же производства изделий отдельными институтами УрФУ;
- Типовой модели системы качества образования в учреждениях высшего и среднего профессионального образования и модели самооценки «Совершенства деятельности ВУЗа», разработанная в СПбГЭТУ «ЛЭТИ» на основе EFQM (входит в Типовую модель);
- Модели конкурса Рособнадзора «Системы обеспечения качества подготовки специалистов»;
- IQNet SR 10. Системы менеджмента социальной ответственности. Требования.

В 2009 УрФУ принял участие в конкурсе «Системы качества подготовки выпускников образовательных учреждений профессионального образования», по итогам конкурса был удостоен звания дипломанта конкурса среди образовательных учреждений высшего

профессионального образования. Повторное участие в конкурсе в 2010 году принесло университету звание лауреата.

В 2012 году институт материаловедения и металлургии успешно прошел сертификацию СМК на соответствие МС ИСО 9001:2008 в отношении разработки образовательных стандартов высшего профессионального образования, образовательных программ дополнительного и послевузовского образования согласно области государственного лицензирования в области аккредитации, а так же применительно к подготовке кадров высшей квалификации, осуществлению научных исследований, разработок и инновационной деятельности, выполнению работ по проектированию и обследованию зданий и сооружений в соответствии со свидетельством о допуске Саморегулируемой организации.

В июне 2013 - экспертами-ассессорами EFQM проведена комплексная диагностика системы менеджмента УрФУ по схеме «Признанное Совершенство» для УрФУ (RecognizeforExcellence) и схеме «Стремление к Совершенству» для международной службы УрФУ (CommittedtoExcellence).



Получены сертификаты:

«Recognised for Excellence 5 star» - для УрФУ,



CommittedtoExcellence» - для международной службы.



17 сентября 2013г. – успешно пройден сертификационный аудит на соответствие требованиям ГОСТ ISO 9001-2011 в части проектирования, разработки, производства, контроля и поставки металлических изделий с использованием основных технологических процессов машиностроения, полимерных и пластмассовых изделий, изготовлению и ремонту оснастки, предоставлению инженерных услуг



26 сентября 2013 – успешно пройден инспекционный аудит СМК, распространяющейся на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по созданию военной продукции на соответствие требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012 (включая требования ГОСТ ISO 9001-2011)

Декабрь 2013 – университет успешно прошел процедуру специального контроля с целью расширения области сертификации (ГОСТ РВ 0015-002-2012) на производство, а так же на 9 направлений кодификатора ЕКПС

Октябрь 2014 – пройден второй инспекционный аудит СМК, распространяющейся на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ по созданию военной продукции на соответствие требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012 (включая требования ГОСТ ISO 9001-2011)

В ноябре прошли ресертификацию, но официального решения и сертификата пока нет, поэтому предлагаем дополнить историю СМК следующим:

Октябрь 2015 г. – университет успешно прошел процедуру ресертификации СМК, распространяющейся на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских

работ по созданию военной продукции на соответствие требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012 (включая требования ГОСТ ISO 9001-2011).

В мае 2016 года вузом пройдена процедура сертификации в отношении разработки и применения самостоятельно устанавливаемых образовательных стандартов, проектирования, разработки и реализации основных образовательных программ высшего образования, основных образовательных программ подготовки кадров высшей квалификации, а также образовательных программ дополнительного образования в соответствии с областью лицензирования и государственной аккредитации на соответствие требованиям стандарта ISO 9001:2008.

Ноябрь 2016 – пройден первый после процедуры ресертификации инспекционный аудит СМК на соответствие требованиям ГОСТ РВ 0015-002-2012, в рамках которого был произведен переход с кодификатора ЕКПС на Единый кодификатор предметов снабжения для федеральных государственных нужд ЕК 001-2014.

В октябре 2017 года подтверждено соответствие образовательной деятельности требованиям МС ISO 9001:2015 и расширена область сертификации в части использования электронных образовательных ресурсов в учебном процессе (Институт технологий открытого образования).

В ноябре 2017 года подтверждено соответствие действующей СМК требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015 и расширена область сертификации СМК на испытания военной продукции в соответствии с требованиями ГОСТ РВ 0015-002-2012.

4.2. Политика в области качества

Политика в области качества направлена на реализацию Программы развития УрФУ - формирование в Уральском федеральном округе научно-образовательного и инновационного центра для обеспечения лидерства университета в области естественных, гуманитарных и технических наук, его вхождения в число ведущих мировых образовательных и интеллектуальных центров.

Достижение поставленной цели возможно при объединении усилий коллектива Университета и всех заинтересованных сторон для постоянного совершенствования деятельности на основе следующих принципов:

- развитие системы менеджмента качества и её распространение на все виды деятельности всех подразделений Университета;
- постоянное изучение, мониторинг и прогнозирование требований и удовлетворённости всех заинтересованных сторон (государства, работодателей, студентов, преподавателей и сотрудников университета, общества в целом);
- принятие управленческих решений и регулярное совершенствование процессов в Университете с учётом требований внешних и внутренних потребителей.
- создание условий для реализации творческого потенциала сотрудников и студентов университета, делегирование им прав и обеспечение их ресурсами при решении поставленных задач, совершенствование системы мотивации;
- формирование гарантий качества образовательного, научно-исследовательского процессов и компетентности преподавательского состава, работников Университета;
- обеспечение международного признания основных образовательных программ, разрабатываемых на основе компетентностного подхода с привлечением работодателей и дальнейшего совершенствования структуры подготовки специалистов;
- повышение качества жизни сотрудников и студентов путем реализации корпоративной социальной ответственности, привлечения инвестиций, а также модернизации

механизмов оценки деятельности, развития и продвижения сотрудников и студентов университета;

➤ взаимодействие с органами государственной власти, бизнесом, местными сообществами, стратегическими альянсами и партнерами по вопросам содействия социально-экономическому развитию Уральского региона и Российской Федерации в целом, реализация совместных образовательных, научных и инновационных программ и проектов, направленных на перспективное взаимовыгодное сотрудничество;

➤ обеспечение информационной и финансовой прозрачности деятельности УрФУ для коллектива университета, общества, бизнеса и органов власти.

➤ приоритет обеспечения безопасности ОИАЭ при осуществлении деятельности в области использования атомной энергии;

➤ неукоснительное соблюдения Правил и норм радиационной безопасности;

➤ систематическое обучение работников УРБ, руководителей структурных подразделений, использующих в научно-исследовательской и учебной работах ИИИ;

➤ систематическое обучение и тренинг технологического и производственного персонала;

➤ систематическое осуществление радиационного и дозиметрического контроля;

➤ определение в должностных инструкциях функциональных обязанностей и прав в области радиационной безопасности;

➤ оценка работы по обеспечению радиационной безопасности;

➤ материально-техническое обеспечение мероприятий радиационной безопасности;

➤ совершенствование производственной культуры и гигиены труда;

➤ ответственность при осуществлении деятельности в области использования атомной энергии.

4.3. Обязательства руководства в области качества

В область обязательств руководства УрФУ в соответствии с СМК Университета и стандартами и рекомендациями для агентств гарантии качества в высшем образовании на территории Европы Европейской Ассоциации Гарантии Качества высшего образования входят следующие аспекты:

- развитие культуры качества, признания важности и необходимости предоставления потребителям гарантий качества;
- информирование общества и заинтересованных сторон о результатах деятельности УрФУ, его достижениях и планах развития;
- обеспечение понимания всеми сотрудниками УрФУ требований потребителей, а также законодательных и государственных требований, предъявляемых к высшему образованию;
- разработка и реализация политики УрФУ в области качества;
- определение для подразделений и процессов СМК УрФУ целей в области качества;
- поддержание структуры процессов и организационной структуры УрФУ, отвечающей целям УрФУ;
- выделение ресурсов, необходимых для создания, ввода в действие и эффективного функционирования СМК;
- поддержание компетентности персонала УрФУ, гарантирующей качество образования, научно-исследовательских работ и производственной деятельности;
- официальное утверждение процедур и другой документации СМК, гарантирующих качество;
- ежегодный анализ и оценка результативности и эффективности системы менеджмента

качества со стороны руководства УрФУ.

- формирование и реализация политики и целей УрФУ в области качества;
- планирование и развитие системы менеджмента;
- распределение прав, ответственности и обязанностей персонала УрФУ;
- подготовка УрФУ к лицензированию и аккредитации;
- информирование общества;
- обеспечение финансирования СМК УрФУ.

5. Организационная деятельность

5.1 Организационно-правовая форма УрФУ

ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» является федеральным государственным автономным образовательным учреждением высшего образования.

Учредителем ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» является Правительство Российской Федерации.

Функции учредителя осуществляет Министерство науки и высшего образования Российской Федерации.

5.2. Организационная структура системы менеджмента качества УрФУ

Организационная структура системы менеджмента качества УрФУ представлена на рис. 4.



Рисунок 4. Структура управления СМК УрФУ

Ректор Университета определяет стратегию развития УрФУ, политику в области качества и обеспечивает управление всеми видами ресурсов Университета, осуществляет связь с заинтересованными сторонами.

Координацию работ по внедрению и развитию СМК УрФУ осуществляет проректор по экономике и стратегическому развитию.

Планирование, контроль и корректировку плана работ по внедрению и развитию СМК УрФУ выполняет представитель руководства по качеству совместно с владельцем процесса. Представителем руководства по качеству в Университете является Руководитель по качеству.

Руководитель по качеству организует сбор и подготовку данных для информирования общественности.

Владелец процесса несет ответственность за процесс во всех его аспектах — планирование, обеспечение, управление и улучшение процесса.

Основной функцией комиссии Ученого совета по качеству является планирование и координация работ по созданию и совершенствованию СМК УрФУ, а также решение некоторых принципиальных вопросов ее развития. Комиссия Ученого совета по качеству, может формироваться из представителей руководства и уполномоченных по качеству различных подразделений УрФУ. Заседания комиссии по качеству обычно проводятся один раз в три месяца или по мере необходимости. Деятельность комиссии по качеству регламентируется Положением о комиссии Ученого совета по качеству.

Отдел управления качеством УрФУ является структурным подразделением, основной функцией которого является непосредственная разработка, внедрение и совершенствование СМК и ее документации. Деятельность отдела регламентируется Положением об Отделе управления качеством.

Управление стратегического развития и маркетинга - структурное подразделение Университета, занимающееся развитием организационной структуры Университета, модернизацией финансовой и административной систем управления.

Уполномоченные по качеству и группы качества структурных подразделений (институтов, кафедр и др.), являются проводниками политики в области качества на всех уровнях структуры УрФУ. Совместно с отделом управления качеством они участвуют в разработке документации СМК, проведении внутренних аудитов и самооценки, обработке полученных данных, формировании и реализации планов корректирующих и предупреждающих действий. Планирование, контроль и корректировку плана работ по внедрению и развитию СМК в подразделениях УрФУ выполняет уполномоченный (ответственный) по качеству подразделения совместно с Руководителем по качеству. Уполномоченные по качеству действуют в рамках должностной инструкции уполномоченного по качеству.

Подразделения Университета и их сотрудники являются активными участниками внедрения и развития СМК УрФУ.

В зону ответственности группы внутренних аудиторов входит проведение независимой экспертизы документации СМК и всех процессов, протекающих в Университете с целью их анализа и оценки соответствия СМК УрФУ внутренним установленным требованиям. Внутренние аудиты проводятся в соответствии с ДП Внутренние аудиты.

Модель системы менеджмента качества УрФУ, охватывающая основные виды образовательной, научной, международной, инновационной и воспитательной деятельности, представлена на рис. 5.

Ученым советом УрФУ принята Политика руководства в области качества (Протокол № 8 от 24.10.2011). Реализуется комплексная целевая программа развития университета до 2020 года.

Разработаны: матрица распределения ответственности по процессам, положения о структурных подразделениях, инструкция по делопроизводству, должностные инструкции (по форме ВУЗа) и иная документация СМК по процессам, разработан Реестр процессов.

В рамках СМК разработаны обязательные процедуры по ГОСТ Р ИСО 9001-2015. В настоящее время ведется работа по их актуализации. Подготовлен ряд проектов актуализированных документов. Разрабатываются документированные процедуры, необходимые для эффективной и результативной работы университета.

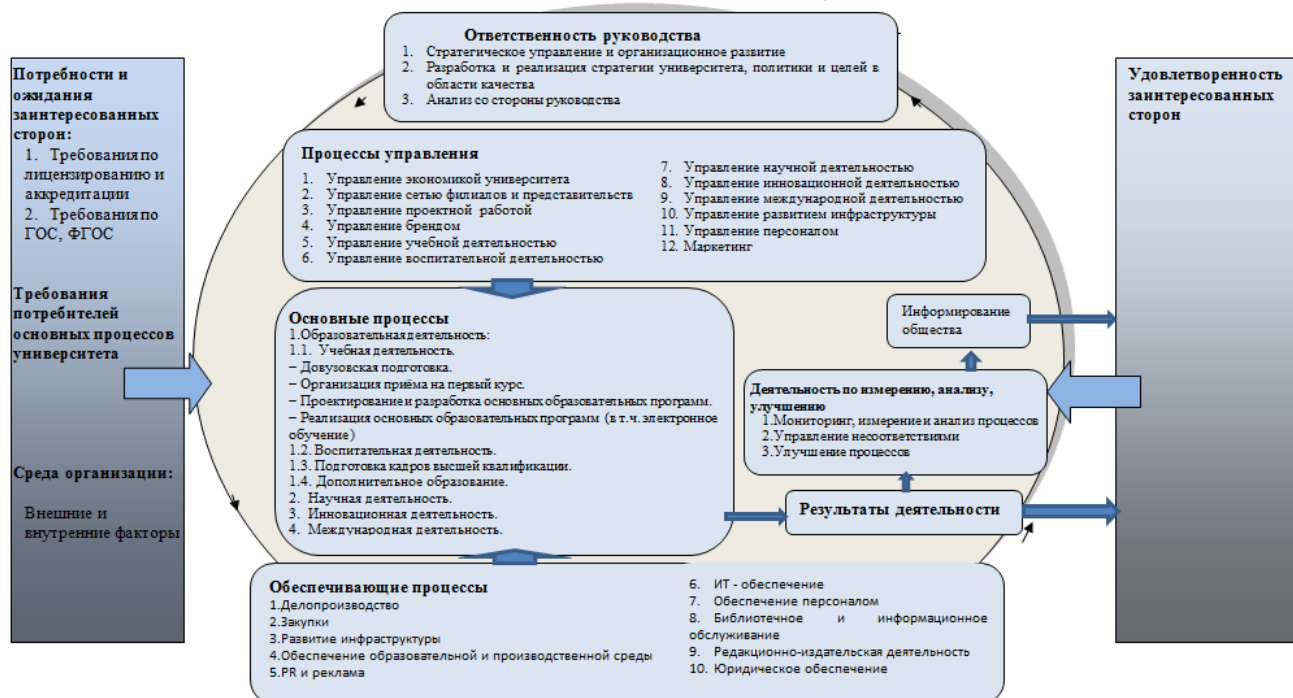


Рисунок 5 - Модель системы менеджмента качества УрФУ

Идентифицированы процессы жизненного цикла в виде последовательного потока взаимосвязанных подпроцессов, этапов и стадий в соответствии с требованиями стандарта ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

Целью СМК является выполнение Миссии ВУЗа, реализация программы повышения конкурентоспособности, комплексной целевой Программы развития УрФУ до 2020 года, направленной на достижение высокого качества результатов деятельности и обеспечение результативного и эффективного функционирования всех процессов.

5.3. Система управления радиационной безопасностью в университете

Обеспечение радиационной безопасности научно-исследовательской деятельности и учебного процесса университета является одним из приоритетных направлений работы.

Структура системы управления радиационной безопасностью приведена в Приложении № 1

5.4. Структура службы радиационной безопасности в университете и организация взаимодействия

Служба радиационной безопасности университета функционирует на основании нормативно-правовых документов по радиационной безопасности.

Функционирование службы РБ организует УМТО через участок радиационной безопасности.

Структура службы радиационной безопасности приведена в Приложении № 2.

5.5. Научно-исследовательская и учебная деятельность в университете с использованием радиоактивных веществ.

5.5.1. Организация работ с использованием радиоактивных веществ и других источников ионизирующих излучений

После получения задания на проведение работ с радиоактивными веществами и другими источниками ионизирующих излучений (далее в тексте – РВ и ИИИ) в каком-либо

подразделении, руководителем этого подразделения (заведующим лабораторией) составляется проект организации работ.

Проект включает в себя:

- а) краткое содержание предполагаемых работ;
- б) описание радиационных условий работ – характеристика источников ионизирующих излучений (вид радиоактивного вещества или ионизирующего излучения, агрегатное состояние, количество и активность, энергия и интенсивность излучения и т.п.);
- в) радиационно-опасные факторы, которые могут иметь место при использовании источников ионизирующих излучений (внешнее или внутреннее облучение, величина облучения, загрязнение окружающей среды радиоактивными веществами и т.п.);
- г) комплекс требований и мер по обеспечению радиационной безопасности (организация и регламентация планируемых работ, обеспечение защитными приспособлениями и оборудованием, техническое обеспечение);
- д) комплекс требований и мер по организации и обеспечению сбора, хранения и обезвреживания (захоронения) радиоактивных отходов;
- е) меры по организации радиационного контроля (виды и средства дозиметрического и радиометрического контроля, периодичность его проведения и т.п.);
- ж) эскизы, схемы или другие необходимые материалы и сведения по размещению оборудования, установок, средств защиты;
- з) прогноз и оценку возможных для данного радиационного объекта вариантов радиационной аварийности (радиационно-опасной ситуации), комплекс мер по ее профилактике и по ликвидации неблагоприятных последствий;

Руководитель подразделения (заведующий лабораторией), в котором предполагается проведение работ с РВ и ИИИ, согласовывает проект с участком радиационной безопасности УМТО, при необходимости с другими службами университета, после чего проект направляется на утверждение проректору по подчиненности.

Утвержденный проект направляется на согласование в органы Роспотребнадзора Свердловской области с сопроводительным письмом, содержащим цель и обоснование для представления проектных материалов. Сопроводительное письмо составляется, как правило, руководителем подразделения и подписывается ректором или проректором по безопасности.

Организация объекта (установка и монтаж оборудования, размещение источников ионизирующих излучений, средств защиты и т.п.) осуществляется после получения положительного заключения (согласования) органов Роспотребнадзора и должна осуществляться в полном соответствии с согласованным проектом.

Изменения в организации объекта должны быть обязательно согласованы с органами Роспотребнадзора.

После организации радиационного объекта производится работа по подготовке объекта к эксплуатации. В необходимых случаях одновременно участком РБ производится дозиметрическое обследование (измерения), имеющее целью проверку радиационной защиты от излучения и обеспечение безопасных условий работы в соответствии с ОСПОРБ-99/2010 с изменениями на 16 сентября 2013г.

В установленном порядке радиационный объект предьявляется к сдаче в эксплуатацию технической комиссии УрФУ, образованной на основании приказа ректора от 19.04.2011г. № 270/03 и СМК-МИ-6.4.-01-2011 Версия 1.0 от 05.04.2011г.

Комиссия проводит свою работу в соответствии с требованиями ОСПОРБ-99/2010 с изменениями на 16 сентября 2013г., устанавливает соответствие принимаемого объекта проекту и требованиям действующих норм и правил, наличие условий радиационной безопасности для персонала и населения.

Комиссия по результатам своей работы определяет степень готовности объекта к эксплуатации.

При установлении приемочной комиссией полной готовности объекта к эксплуатации и его полного соответствия проекту организации работ составляется приемочный акт. Этот акт вместе с инструкцией по требованиям и мерам радиационной безопасности, результатами дозиметрических измерений направляются в органы Роспотребнадзора для получения санитарно – эпидемиологического заключения на проведение работ с РВ и ИИИ на данном радиационном объекте (участке).

Проводятся мероприятия по получению лицензии на обращение с РВ в УМТО по надзору за ЯРБ.

Эксплуатация радиационного объекта производится в соответствии с санитарно – эпидемиологическим заключением и только в тех помещениях, которые указаны в санитарно – эпидемиологическом заключении.

Руководитель радиационного объекта несет персональную ответственность за правильную и безопасную эксплуатацию радиационного объекта.

Всякое изменение условий и содержания работ с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений (изменение активности или наименования радионуклида, перестановка средств защиты и т.п.) должно согласовываться с отделом РБ, а в необходимых случаях – с органами Роспотребнадзора.

За три месяца до истечения срока действия санитарно – эпидемиологического заключения в органы Роспотребнадзора направляется заявка с пакетом документов по форме установленной Роспотребнадзором с просьбой о продлении санитарно – эпидемиологического заключения.

При прекращении работ с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений на каком-либо объекте руководитель объекта обязан в 5-дневный срок информировать об этом участок РБ. В органы Роспотребнадзора в 7-дневный срок направляется информация о прекращении работ с РВ и ИИИ, применявшихся на данном объекте, а также о дальнейшем использовании этих РВ и ИИИ или их ликвидации (захоронении РВ и ИИИ в установленном порядке со списанием их с учета).

5.5.2. Установление контрольных уровней

В соответствии с разделом 3 «Норм радиационной безопасности» НРБ-99/2009, для оперативного контроля радиационной обстановкой, с целью предотвращения облучения персонала и населения сверх допустимых норм на каждом радиационном объекте (или для вида работ с РВ и ИИИ) должны быть установлены контрольные уровни (КУ) мощности дозы и плотности потоков ионизирующего излучения, концентрации РВ в воздухе рабочих помещений и в жидких (водных) стоках, поступления радионуклидов внутрь организма, содержания их в организме и т.п.

Предложения по выбору и обоснованию значений контрольных уровней – в соответствии с разделом 3 НРБ-99/2009 - готовит руководитель подразделения (объекта) и согласовывает их с участком РБ.

КУ оформленные в виде отдельного документа проходят согласование в участке РБ.

Затем КУ направляются на согласование в органы Роспотребнадзора, после согласования контрольные уровни считаются установленными для данного радиационного объекта или вида работ с РВ и ИИИ.

Ответственность за обеспечение таких радиационных условий при работе с РВ и ИИИ, при которых уровни излучения не превышают установленных для данного радиационного объекта или вида работ с РВ и ИИИ контрольных уровней, несет руководитель подразделения (объекта).

Контроль за не превышением установленных контрольных уровней на всех радиационных объектах осуществляет участок РБ УМТО.

5.5.3. Допуск сотрудников к работе с РВ и ИИИ.

Все лица, поступающие на работу, связанную с применением радиоактивных веществ и других источников ионизирующих излучений, а также переводимые на эту работу, должны проходить предварительный медицинский осмотр. Оформление на работу производится только при наличии письменного заключения ЛПУ об отсутствии медицинских противопоказаний.

Руководитель подразделения обязан после зачисления сотрудника на работу обеспечить изучение им положений и инструкций, регламентирующих обеспечение радиационной безопасности.

Инструктаж вновь принятого сотрудника проводится руководителем подразделения и оформляется в журнале инструктажа по охране труда с обязательной росписью инструктируемого и руководителя подразделения.

После прохождения медосмотра и инструктажа вновь принятые сотрудники должны пройти проверку знаний по радиационной безопасности. Программа и объем знаний проверки определяются администрацией и участком РБ, утверждаются ректором, а в необходимых случаях согласовываются с органами Роспотребнадзора. Состав комиссии проверки знаний по радиационной безопасности определяется приказом ректора, а в подразделениях университета распоряжением по структурному подразделению.

Период времени от момента зачисления на работу проверки знаний по радиационной безопасности определяется временем в один месяц. К самостоятельной работе с радиоактивными веществами и источниками ионизирующих излучений сотрудники допускаются только после успешной сдачи проверки знаний.

Результаты проверки знаний по радиационной безопасности должны быть отражены в специальном документе, который подписывается всеми членами комиссии.

Допуск к работе с РВ и ИИИ оформляется приказом ректора; один экземпляр этого документа передается руководителю подразделения, второй хранится в участке РБ.

Лица, прикомандированные из других подразделений или из сторонних организаций для проведения непосредственных работ с ионизирующими излучениями, допускаются к работе аналогично. Освобождается от предварительного медицинского осмотра и проверки знаний по РБ при предъявлении документа с места работы, подтверждающего допуск данного сотрудника к работе с ионизирующими излучениями, такой документ действителен в течение календарного года.

Допуск лиц для проведения ремонтных работ * в помещениях радиационных объектов разрешается только после прохождения инструктажа этих лиц; инструктаж проводится руководителем радиационного объекта и представителем участка РБ.

Оформление инструктажа – с росписью инструктируемого, руководителя объекта и представителя участка РБ – производится в специальном журнале, который хранится у руководителя объекта или его заместителя.

Во время проведения ремонтных работ в помещениях радиационных объектов работы с использованием РВ и ИИИ в этих помещениях не проводят.

5.5.4. Ответственность за радиационную безопасность и контроль ее состояния

Руководители подразделений, использующие в научно-исследовательской деятельности и учебной работе РВ и ИИИ (радиационных объектов) и исполнители при работе с радиоактивными веществами и другими источниками ионизирующих излучений обязаны руководствоваться «Основными санитарными правилами обеспечения радиационной безопасности», «Программой обеспечения качества при обращении с РВ и их хранением в хранилище», «Положением о учете и контроле радиоактивных веществ и радиоактивных отходов в ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» и инструкциями по радиационной безопасности, а также действующим законодательством РФ.

Руководители подразделений, в которых ведутся работы с РВ и ИИИ, являются одновременно лицами, ответственными за обеспечение радиационной безопасности, и несут персональную ответственность за обеспечение и состояние радиационной безопасности на вверенных им радиационных объектах.

Руководители подразделения обязаны:

а) разрабатывать и согласовывать с участком РБ систему мер радиационной безопасности по каждой радиационно-опасной работе, обеспечить выполнение требований и мер радиационной безопасности;

б) по рекомендации участка РБ проводить оснащение работ, проводимых на радиационных объектах, необходимыми защитными средствами, в т.ч. спецодеждой и спецобувью и средствами радиационного контроля (дозиметрическими радиометрическими приборами и т.п.);

в) оказывать содействие участку РБ в проведении любых мероприятий, направленных на улучшение условий труда и снижение уровня облучения персонала;

г) сообщать начальнику участка РБ все сведения о проведенных работах, необходимые для правильной оценки радиационной опасности;

д) выделять участку РБ оборудование и аппаратуру, необходимые для ведения и обеспечения работ по дозиметрическому контролю, а в необходимых случаях – при организации новых объектов – рабочее помещение;

е) не позднее 25 декабря текущего года составлять ежегодные отчеты по радиационным условиям труда на всех сотрудников подразделений.

Периодический инструктаж сотрудников по радиационной безопасности должен проводиться не реже 1 раз в 3 месяца. Инструктаж проводит руководитель подразделения

* Ремонтные работы – косметический ремонт помещений, ремонт или замена покрытий полов, телефонной связи и других работ без использования РВ и ИИИ.

(объекта). Оформление инструктажа производится в журнале инструктажа с обязательной росписью инструктируемого и руководителя, прошедшего инструктаж. Контроль своевременности проведения инструктажа осуществляет участок РБ университета.

Для персонала группы «А» проводится ежегодная проверка знаний по требованиям и мерам радиационной безопасности. Обучение и подготовка персонала к этой проверке проводится руководителями подразделений. Проверка осуществляется комиссией, назначаемой распоряжением по подразделению. Результаты проверки знаний отражаются в протоколах, подписываемых членами комиссии.

Ответственность за своевременное проведение проверки знаний у всех сотрудников, работающих с РВ и ИИИ, несут их непосредственные руководители подразделений.

Все сотрудники, работающие с ионизирующими излучениями, должны ежегодно проходить периодический медицинский осмотр. Сроки прохождения ПМО устанавливаются отделом охраны труда и ЦСП университета. Ответственность за своевременное прохождение сотрудниками ПМО несут руководители подразделений.

Допуск персонала группы «А» к работам с РВ и ИИИ ежегодно оформляется приказом ректора университета на основе результатов медицинского обследования и проверки знаний по требованиям и мерам радиационной безопасности.

Сотрудники, не прошедшие в установленные сроки ПМО, инструктаж и проверку знаний по радиационной безопасности, к работам с РВ и ИИИ не допускаются.

В случае возникновения радиационно-опасной ситуации, при которой возможно или произошло незапланированное повышенное облучение людей и (или) непредусмотренное радиоактивное загрязнение помещений и оборудования радиационных объектов и объектов внешней среды, руководители подразделений (объектов) обязаны немедленно доложить об этом проректору по подчиненности и в участок РБ.

Порядок и объем необходимых действий при возникновении радиационно-опасной ситуации определяются в соответствии с Инструкцией по предупреждению аварии и пожара и ликвидации их последствий от 26.11.2018г. № ИРБ-004-2018.

Контроль обеспечения и состояния радиационной безопасности в университете осуществляется участком радиационной безопасности.

5.6. Метрологическое обеспечение.

Метрологическое обеспечение приборов радиационного и дозиметрического контроля, измерений факторов производственной среды в университете осуществляется службой метрологического обеспечения.

Проверки, калибровки и поверки контрольно-измерительного оборудования и приборов осуществляется в ФБУ «УРАЛТЕСТ» (Федеральное бюджетное «Государственный региональный центр стандартизации, метрологии и испытаний в Свердловской области») с периодичностью 1 раз в год.

Свидетельства о поверках оборудования и приборов учтены и хранятся в участке РБ и подразделениях.

5.7. Контроль оборудования.

Приёмка оборудования осуществляется техническими комиссиями структурных подразделений при участии представителей участка РБ и при необходимости других служб университета.

Установка оборудования осуществляется представителями поставщика или своими силами по утвержденным проектам.

Составляется схема точек радиационного контроля, рассчитываются контрольные уровни излучений, согласуются в Роспотребнадзоре.

Контроль уровней излучений осуществляется по утвержденным планам. Периодически осуществляется контроль органами Роспотребнадзора.

При вводе в эксплуатацию оборудования осуществляются пусконаладочные работы и обкатка оборудования продолжительностью не более 72 часов на основании СМК-МИ-6.4-01-2011 от 05.04. 2011 утвержденным приказом ректора от 10.04.2011 года № 270/03.

Эксплуатация оборудования разрешается после получения санитарно-эпидемиологического заключения и приемки оборудования технической комиссией.

5.8 Обеспечение качества программных средств и расчетных методик.

Измерения радиоактивных веществ и радиоактивных отходов в целях учета и контроля производится согласно положению о учете и контроле радиоактивных веществ и радиоактивных отходов в ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» и программе проведения производственного контроля ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина» согласованной с Управлением Роспотребнадзора по Свердловской области.

6. Управление персоналом.

6.1. Общие положения

Поиск персонала осуществляется в соответствии с утвержденной организационной структурой, штатным расписанием подразделения и поданными заявками от руководителей структурных подразделений. Отбор из имеющихся кандидатов на вакантное место проводят руководители структурных подразделений в процессе собеседований. Назначение или допуск к выполнению работ, проводится только при наличии у персонала необходимой квалификации или прохождении соответствующей подготовки.

Описание процесса, относящегося к подбору и расстановке научно-педагогических кадров; осуществлению оценки квалификации научно-педагогических кадров; аттестации научно-педагогических работников и представления к присвоению ученых званий, представлено в СМК-ПВД-6.2.-01-116-2017 Положение о порядке замещения должностей педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу в УрФУ.

6.2. Компетентность, осведомленность и подготовка

Руководители структурных подразделений, институтов, кафедр определяют необходимые требования к компетентности и квалификации персонала, исходя из:

- должностных инструкций,
- утвержденных положений о подразделениях;
- требований квалификационных характеристик.

6.2.1. Планирование работ по подготовке и обучению персонала

Ежегодно, по мере необходимости, руководители подразделений составляют планы на обучение и повышение квалификации на следующий год по соответствующим профессиям.

6.2.2. Подготовка и обучение персонала

Организация работ и повышение квалификации персонала УрФУ в рамках Университета и оценка результативности обучения осуществляется в соответствии с СМК-ДП-6.2.2-01-2007 Обучение и повышение квалификации персонала.

Программы и направления переподготовки для сотрудников УрФУ, реализуемые факультетом повышения квалификации преподавателей и профессиональной переподготовки представлены на сайте Университета <http://urfu.ru> (путь: Университет/институты и факультеты/факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки).

Работу по осведомленности персонала об актуальности и важности его деятельности и вкладе в достижение целей организации в области качества осуществляет ОУК. Осведомленность обеспечивается через сайт Университета, а так же через размещение соответствующей информации на информационных стендах в специально отведенных местах.

Описание процесса, относящегося к подбору и расстановке научно-педагогических кадров; осуществлению оценки квалификации научно-педагогических кадров; аттестации научно-педагогических работников и представления к присвоению ученых званий, представлено в СМК-ПВД-6.2-01-116-2017 Положение о порядке замещения должностей педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, в УрФУ.

Описание процесса, касающегося повышения квалификации профессорско-преподавательского состава и работников организаций СМК-ДП-6.2.2-01-2007 Обучение и повышение квалификации персонала.

6.2.3. Обучение безопасным методам труда и тренинг технологического персонала.

Обучение безопасным методам труда и тренинг технологического персонала проводятся согласно ГОСТу 12.0.000.4-90, Правилами противопожарного режима в РФ, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 25 апреля 2012г. №390, «Порядком обучения по охране труда и проверке знаний требований охраны труда работников организации» от 13.01.2003 № 1/29, ОСПОРБ-99/2010 с изменениями на 16 сентября 2013г. Структура обучения приведена в таблице 3.

Таблица 3. Структура обучения

№ п/п	Наименование направлений	Периодичность проведения	Ответственные исполнители	Оформление результатов	Кто контролирует
1	2	3	4	5	6
1	Вводный инструктаж всех вновь принимаемых работников по охране труда	При поступлении на работу	ООТ, УРБ, УК	1. Журнал вводного инструктажа. 2. Заявление	УМТО
2	Первичный инструктаж на рабочем месте. Стажировка. Начальный тренинг технологического персонала и аварийно-спасательных служб	До начала производственной деятельности	Руководители подразделений	Журнал инструктажа	ООТ, УРБ
3	Повторный инструктаж по охране труда. Повторный тренинг технологического персонала	1 раз в семестр	Непосредственный руководитель	Журнал инструктажа	ООТ, УРБ
4	Внеплановый инструктаж. Внеплановый тренинг технологического персонала по	1. При введении новых правил, инструкций.	Непосредственный руководитель	Журнал инструктажа	УРБ, ООТ

№ п/п	Наименование направлений	Периодичность проведения	Ответственные исполнители	Оформление результатов	Кто контролирует
	радиационной безопасности и охране труда	2. При изменении процесса, замене оборудования. 3. При нарушении инструкций и правил работающим. 4. По требованию органов надзора			
5	Целевой инструктаж по радиационной безопасности и охране труда	При выполнении разовых работ	Непосредственный руководитель	Журнал инструктажа	Руководитель подразделения
6	Обучение и проверка знаний по радиационной безопасности и охране труда, пожарной безопасности.	1 раз в год	Непосредственный руководитель	1. Протокол проверки знаний. 2. Журнал обучения.	ООТ, УРБ
7	Обучение и проверка знаний по радиационной безопасности ответственных за радиационную безопасность в организациях, имеющих лицензию	1 раз в 3 года	УРБ	1. Протокол; 2. Удостоверение	УМТО Ростехнадзор, Роспотребнадзор
8	Обучение и проверка знаний по охране труда руководителей подразделений и специалистов	1 раз в 3 года	Нач. УМТО	1. Протокол. 2. Журнал обучения	ООТ, Гос. инспекция труда
9	Организация обучения и проверки знаний по охране труда ректора, проректоров	1 раз в 3 года	Нач. УМТО	1. Протокол. 2. Журнал обучения	ООТ, Гос. инспекция труда
10	Организация обучения и проверки знаний по охране труда работников ОБТ	1 раз в 3 года	Нач. УМТО	1. Протокол. 2. Журнал обучения	ООТ, Гос. инспекция труда
11	Организация обучения и проверки знаний по охране труда членов комиссий по ОТ	1 раз в 3 года	Нач. УМТО	1. Протокол. 2. Журнал обучения	ООТ, Гос. инспекция труда

6.2.4. Регистрация и хранение записей о подготовке и обучении, навыках и опыте

Результаты подготовки персонала оформляются приказами на выдачу документов, присвоением квалификации, выдачей свидетельств. Информация об образовании, подготовке, навыках и опыте заносится в личные карточки работников, которые хранятся в службе персонала.

6.3. Формирование и поддержание культуры безопасности в университете.

6.3.1. Производственный контроль промышленной безопасности

Производственный контроль промышленной безопасности является составной частью системы управления промышленной безопасностью и осуществляется путем проведения комплекса мероприятий, направленных на обеспечение безопасного функционирования опасных производственных объектов, а также на предупреждение аварий на этих объектах и обеспечение готовности к локализации аварий и инцидентов и ликвидации их последствий.

Порядок организации и осуществления производственного контроля соблюдения требований промышленной безопасности устанавливают "Правила организации и осуществления производственного контроля соблюдения требований промышленной

безопасности на опасном производственном объекте", утвержденные постановлением Правительства РФ от 10.03.99 г. № 262, разработанные в соответствии со статьей 11 Федерального закона "О промышленной безопасности опасных производственных объектов", принятого Государственной Думой 20.06.97 г.

Основные задачи производственного контроля промышленной безопасности:

- а) обеспечение соблюдения требований промышленной безопасности;
- б) анализ состояния промышленной безопасности, в том числе путем организации проведения соответствующих экспертиз;
- в) разработка мер, направленных на улучшение состояния промышленной безопасности и предотвращение ущерба окружающей среде;
- г) обеспечения соблюдения требований промышленной безопасности, установленных федеральными законами и иными нормативными правовыми актами;
- д) координация работ, направленных на предупреждение аварий на опасных производственных объектах, и обеспечение готовности к локализации аварий и ликвидации их последствий;
- е) своевременное проведение необходимых испытаний и освидетельствований технических устройств, применяемых на опасных производственных объектах, ремонта и поверки контрольных средств измерений;
- ж) обеспечение соблюдения технологической дисциплины.

Производственный контроль промышленной безопасности осуществляется в соответствии с положением о производственном контроле в университете с учетом применяемой технологии и технических особенностей эксплуатируемых опасных производственных объектов.

Служба производственного контроля промышленной безопасности подчиняется Главному инженеру университета и возглавляется: в области эксплуатации лифтов, электрооборудования - Главным энергетиком, а в области эксплуатации кранов, подъемных механизмов, сосудов, находящихся под давлением – Главным механиком.

Служба производственного контроля осуществляет свою деятельность во взаимодействии с другими подразделениями и работниками университета, а также с территориальным органом Госгортехнадзора России.

6.3.2 Производственный контроль соблюдения санитарных правил и выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий

Цель производственного контроля соблюдения и выполнения СП и СПМ - обеспечение безопасности или безвредности для человека и среды обитания от вредного влияния объектов производственного контроля путем должного выполнения санитарных правил, санитарно-профилактических мероприятий, организации и осуществления контроля их соблюдения.

Производственный контроль осуществляется подразделениями УМТО: отделом охраны труда, участком радиационной безопасности и лабораторией промышленной экологии – на основании программы производственного контроля.

Производственный контроль включает:

- а) наличие официально изданных санитарных правил, методов и методик контроля факторов среды обитания в соответствии с осуществляемой деятельностью;
- б) организация лабораторных исследований и испытаний на рабочих местах с целью оценки влияния производства на среду обитания человека и его здоровье;
- в) организацию первичных (при приеме на работу) и периодических медицинских осмотров;
- г) контроль наличия сертификатов, санитарно-эпидемиологических заключений, личных медицинских книжек, иных документов, подтверждающих качество, безопасность сырья, полуфабрикатов, готовой продукции и технологий их производства, хранения,

транспортировки, реализации и утилизации в случаях, предусмотренных действующим законодательством;

д) обоснование безопасности для работников и окружающей среды новых видов продукции и технологии ее производства, критериев безопасности и (или) безвредности факторов производственной и окружающей среды и разработка методов контроля, в том числе при хранении, транспортировке и утилизации продукции, а также безопасности процесса выполнения работ, оказания услуг;

е) ведение учета и отчетности, установленной действующим законодательством по вопросам, связанным с осуществлением производственного контроля;

ж) своевременное информирование населения, органов местного самоуправления, органов и учреждений Роспотребнадзора Российской Федерации об аварийных ситуациях, о нарушениях технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;

з) визуальный контроль специально уполномоченными должностными лицами (работниками) организации за выполнением санитарно-профилактических мероприятий, соблюдением санитарных правил, разработку и реализацию мер, направленных на устранение выявленных нарушений.

6.3.3 Производственный экологический контроль

Производственный экологический контроль в области обращения с отходами производства и потребления осуществляется на основании СМК-ДП-6.4-03-40-2014 «Регламент. Обращение с отходами производства и потребления» включает в себя:

- проверку порядка и правил обращения с отходами;
- анализ деятельности научно-исследовательских лабораторий;
- торий, с целью выявления возможностей и способов уменьшения количества и степени опасности образующихся отходов;
- учет образовавшихся, использованных, обезвреженных, переданных другим лицам или полученных от других лиц, а также размещенных отходов;
- нахождение класса опасности отходов по степени возможного вредного воздействия на окружающую природную среду при непосредственном или опосредованном воздействии опасного отхода на нее;
- составление и утверждение паспорта опасного отхода;
- определение массы размещаемых отходов в соответствии с выданными разрешениями;
- мониторинг состояния окружающей среды в местах временного хранения отходов;
- проверку выполнения планов мероприятий по внедрению малоотходных технологических процессов, технологий использования и обезвреживания отходов, достижению лимитов размещения отходов;
- проверку эффективности и безопасности для окружающей среды и здоровья населения эксплуатации объектов для временного размещения отходов;
- анализ информации о процессах, происходящих в местах размещения отходов.

Производственный контроль в области обращения с отходами осуществляется участком природоохранной деятельности и лабораторией промышленной экологии УМТО.

6.3.4. Административно - общественный контроль соблюдения требований охраны труда и радиационной безопасности

6.3.4.1. Общие положения

Функции административно – общественного контроля соблюдения требований радиационной безопасности осуществляют руководители структурных подразделений, участок

радиационной безопасности УМТО, уполномоченные по охране труда от профсоюзной организации университета, согласно структуре 3-ступенчатого административно-общественного контроля.

Трех - ступенчатый административно-общественный контроль состояния охраны труда и радиационной безопасности является основным профилактическим мероприятием по предупреждению производственного травматизма и профессиональной заболеваемости работающих, исключению аварий и пожаров на производстве.

Систематическое проведение такого контроля дает возможность своевременно выявлять и устранять недостатки в организации радиационной безопасности работающих, предотвращать возникновение аварий и несчастных случаев.

6.3.4.2. Организация и проведение трех - ступенчатого административно – общественного контроля.

Таблица 3. Организация и проведение трех - ступенчатого административно – общественного контроля

№ п/п	Наименование направлений	Периодичность проведения	Ответственные исполнители	Оформление результатов	Кто контролирует	Примечание. Отчетность
1	2	3	4	5	6	7
1	I ступень административно-общественного контроля	Еженедельно проверяют состояние рабочих мест, наличие и состояние СИЗ, состояние оборудования, защиты и ограждений, аптечек и правильность организации работ	Зав. лабораторией (руководитель участка) с уполномоченным по охране труда	Журнал административно-общественного контроля по охране труда	ООТ	Запись в журнале АОК Анализ и оценка во II ступени АОК 1 раз в месяц
2	II ступень административно-общественного контроля	Ежемесячно	Зав. кафедрой (руководитель подразделения) совместно с Зав. лабораторией и уполномоченным по охране труда	Журнал административно-общественного контроля по охране труда	ООТ	Запись в журнале АОК Анализ и оценка во II ступени АОК 1 раз в месяц
3	III ступень административно-общественного контроля	Ежеквартально	Комиссия в составе: представителей деканата (руководителя подразделения), профсоюзной организации, инженер ОБТ с участием проректора или заместителя	Журнал административно-общественного контроля по охране труда	ООТ	Запись в журнале АОК Анализ и оценка во II ступени АОК 1 раз в месяц

6.3.4.3. Моральное и материальное стимулирование по охране труда и культуре производства

Таблица 4. Стимулирование по охране труда и культуре производства

№ п/п	Наименование	Периодичность	Ответственный	Оформление
1	2	3	4	5
1	Проведение смотра-конкурса по охране труда и культуре производства	1 раз в полгода	Конкурсная комиссия	Информационный бюллетень
2	Подведение итогов по обеспечению радиационной безопасности	1 раз в год	Проректоры, руководители подразделений	Приказ
3	Вручение ценных подарков	1 раз в год	Ректор	Приказ
4	Награждение денежной премией	1 раз в год	Ректор	Приказ

6.3.4.4. Направление работы с лицами, допустившими нарушения правил и инструкций по охране труда, радиационной безопасности

Таблица 5. Направление работы с лицами, допустившими нарушения правил и инструкций по охране труда, радиационной безопасности

№ п/п	Наименование	Периодичность	Ответственные за проведение	Оформление результатов
1	2	3	4	5
1	Разбор на заседания кафедр (собраний подразделений).	Ежемесячно	Зав. кафедрами (начальники отделов)	Протокол
2	Разбор на заседаниях Ученых советов факультетов (Общих собраний подразделений).	Ежеквартально	Деканы факультетов, руководители подразделений	Протокол
3	Оценка результатов работы по охране труда, радиационной безопасности в подчиненных подразделениях	1 раз в семестр	Проректоры	Протокол
4	Оценка результатов работы по "Системе Управления Охраной Труда"	Ежегодно	Ректор, проректор по УР, Нач. УМТО	Протокол

7. Управление документацией.

Порядок управления документами и процессами записи в университете определяются в соответствии с СМК-ДП-4.2.3-03-65-2016 Управление документацией, СМК-ДП-4.2.4-03-15-2012 Управление записями.

Управление внутренними и внешними нормативными документами осуществляется в соответствии с требованиями ДП «Управление документацией» и предусматривает следующие этапы:

Для внутренних документов:

- разработку (и/или актуализацию), проверку, утверждение и регистрацию документа;
- формирование и хранение контрольного экземпляра;

- формирование и рассылку учтенных копий контрольного экземпляра документа;
- внесение и идентификацию изменений в контрольный экземпляр и учтенные копии документа;
- формирование и хранение контрольного экземпляра с изменениями;
- рассылку изменений в документацию СМК по подразделениям, где хранятся контрольный(ые) экземпляр(ы) и учтенные копии документа;
- введение документа в практику работы персонала;
- изъятие у пользователей экземпляров отмененных документов и их уничтожение.

Для внешних документов:

- получение необходимой документации;
- регистрацию и хранение контрольного экземпляра поступившей документации в соответствии со статусом поступившего документа;
- доведение до персонала;
- регистрацию поступивших изменений к нормативной документации;
- идентификацию изменений и хранение экземпляра с изменениями;
- ознакомление персонала с изменениями.

Сведения о местах хранения контрольных и учтенных экземпляров представлены в листе рассылки документа. В случае отмены действия документа осуществляется изъятие учтенной и контрольной документации. На контрольном экземпляре ставится виза руководителя по качеству об отмене действия документа с указанием основания (приказа). Контрольный экземпляр передаётся в архив на хранение, остальные документы подлежат уничтожению.

Учет документации СМК в отделе управления качеством ведется в электронном виде. Утвержденная документация хранится в файле формата PDF, защищенного от копирования. Все изменения, проводимые в контрольном экземпляре и учтенных копиях, вносятся в электронную версию (изменения добавляются в отсканированном виде). Отмененная документация хранится в отдельном файле «Архив документации СМК УрФУ».

8. Управление закупками оборудования, комплектующих изделий, материалов, полуфабрикатов и программных средств, а также предоставляемых услуг.

Порядок управления закупками оборудования, комплектующих изделий, материалов, полуфабрикатов и программных средств, а также предоставляемых услуг в университете определяются в соответствии с СМК-ДП-4.2.3-03-65-2016 Управление документацией.

Процесс закупок направлен на обеспечение деятельности Университета (учебной, научной, инновационной, международной и др.) с максимальной экономической эффективностью, в установленные сроки и в соответствии с действующими локальными и нормативными актами, а также на эффективное использование имущества УрФУ. Информация о производимых закупках размещается в соответствии с действующим законодательством.

8.1. Процесс закупок

Процесс закупок включает в себя следующие этапы:

1. составление годового плана закупок;
2. подача заявки;
3. составление и согласование документации;

4. заключение договора;
5. исполнение договора;
6. внесение изменений в план закупок.

Процесс закупок ведется в соответствии с Положением о порядке проведения закупок для нужд федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина».

8.2. Информация по закупкам

Описание процесса, информация о его потребителях и поставщиках, установленных требованиях, а также порядок деятельности в рамках процесса приведены в СМК-ДП-6-03-50-2015 Регламент электронного документа оборота в рамках закупочной деятельности.

8.3. Верификация закупленной продукции

Верификация закупок осуществляется уполномоченным отделом. Уполномоченный отдел осуществляет деятельность в соответствии с принятыми локальными и нормативными актами.

9. Порядок получения и организация учета радиоактивных веществ и других источников ионизирующих излучений

Порядок получения и организация учета радиоактивных веществ и других источников ионизирующих излучений осуществляется в соответствии с «Положением о учете и контроле радиоактивных веществ и радиоактивных отходов в ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина»

9.1. Поставка РВ и ИИИ, требующая согласования с органами Роспотребнадзора.

Поставка в лаборатории подразделений РВ и ИИИ, получение которых требует согласования с органами Роспотребнадзора, осуществляется по заказ - заявкам установленной формы (ОСПОРБ-99/2010 с изменением на 16 сентября 2013г., Приложение № 5).

Заказ – заявка составляется руководителем подразделения не менее чем в 5 экземплярах. Заказ – заявка согласовывается с участком РБ, подписывается проректором и главным бухгалтером университета после чего все экземпляры заказ – заявки направляются на согласование в органы Роспотребнадзора. Заказ – заявка сопровождается письмом, в котором должно быть указано, где (в каком рабочем помещении) и с какой целью будет использована заказываемая продукция, номер и срок действия санитарно – эпидемиологического заключения.

Согласованная с органами Роспотребнадзора заказ – заявка направляется поставщику заказываемой продукции в 2 экземплярах. Один экземпляр заказ – заявки передается в участок РБ и хранится у заведующего хранилищем РВ и ИИИ (ХРАИ).

Все прибывающие в университет РВ и ИИИ принимаются только в хранилище РВ и ИИИ, затем в установленном порядке передаются в структурные подразделения.

Доставка и отправка РВ и ИИИ осуществляется специально оборудованным транспортом ФГУП «РОсРАО» или ООО «Изотоп» по договорам централизованно участком радиационной безопасности УМТО или по договорам структурных подразделений.

Обо всех перемещениях РВ вне УрФУ начальником УРБ в 10-дневный срок составляется оперативный отчет и передается органу Государственного учета и контроля РВ и РАО.

9.2. Поставка РВ и ИИИ, не требующая согласования с органами Роспотребнадзора.

Разрешение на работу с РВ и ИИИ не требуется в случаях, предусмотренных в п. 1.8 ОСПОРБ-99/2010 с изменениями на 16 сентября 2013г.

Поставка в университет источников, приборов, установок и устройств, имеющих изотопные ИИИ или генерирующих ионизирующие излучения, получение которых не требует согласования с органами Роспотребнадзора (п.1.9 НРБ-99/2009), осуществляется следующим образом:

- все заявки от подразделений на РИП, установки и устройства должны быть согласованы с участком РБ;
- один экземпляр согласованной заявки передается в участок РБ и хранится у заведующего хранилищем РВ и ИИИ (ХРАИ).

Выдача в подразделения источников, приборов, установок и устройств должна производиться по требованиям подразделений, завизированным участком РБ.

Категорически запрещается выдача по требованиям, не завизированным участком РБ.

Руководители подразделений, получившие приборы, устройства и установки, обязаны в соответствии с «Санитарными правилами устройства и эксплуатации радиоизотопных приборов» в 3-х дневный срок сообщить об этом в участок РБ со сдачей отрывных талонов на РИП, и в 5-дневный срок – в органы Роспотребнадзора. Инженер участка РБ должен внести представленную информацию в журнал учета указанной продукции.

Учет всех имеющихся в университете РВ и ИИИ (в т.ч. приборов и установок) и выдача их на рабочие места осуществляются в соответствии с «Инструкцией по обеспечению радиационной безопасности при проведении работ в ХРАИ УРБ УМТО» от 20.04.2018г. № ИРБ-003-2018.

10. Изготовление и передача радиоизотопной продукции другим организациям.

Изготовление радиоизотопной продукции в университете может производиться только при наличии действующего санитарно – эпидемиологического заключения на радиационный объект, где предполагается изготовление и выпуск продукции, а также лицензии УМТО по надзору за ЯРБ. Величина активности и перечень изотопов, используемых для изготовления продукции, должны соответствовать санитарно – эпидемиологическому заключению.

Изготовление радиоизотопной продукции, предназначенной для передачи другим организациям, должно производиться по техническим условиям на эту продукцию, согласованным с Минздравом РФ. Изготовленная продукция при передаче в хранилище РВ и ИИИ должна быть упакована в транспортную тару, отвечающую требованиям:

Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 17.04.2003 № 54.

«О введении в действие СанПиН 2.6.1.1281-03 (вместе с СанПиН 2.6.1. 1281-03.2.6.1. Ионизирующие излучения, радиационная безопасность. Санитарные правила по радиационной безопасности персонала и населения при транспортировании радиоактивных материалов (веществ))»...

Изготовление транспортной тары и упаковка продукции в эту тару осуществляется изготовителем продукции. (Тара сертифицируется). Изготовление транспортной тары и упаковка продукции в эту тару осуществляется изготовителем продукции. Передача неупакованной в транспортную тару продукции другим организациям **ЗАПРЕЩАЕТСЯ**.

Изготовленная в лабораториях подразделений радиоизотопная продукция передается в хранилище РВ и ИИИ по актам приемки-сдачи установленной формы вместе с паспортами или свидетельствами на эту продукцию.

Передача потребителям радиоизотопной продукции, изготовленной в лабораториях подразделений, а также как и передача РВ и ИИИ из подразделений другим учреждениям и организациям, производится только по заказ - заявке, оформленной потребителем (получателем) в соответствии с п. 3.5 ОСПОРБ-99/2010 с изменениями на 16 сентября 2013г.

В отдельных случаях передача РВ и ИИИ может производиться по письму организации-потребителя (получателя) при обязательном наличии письменного разрешения на получение продукции органов Роспотребнадзора (по месту нахождения организации-потребителя) и лицензии УМТО по надзору за ЯРБ.

Примечание. Такое разрешение не требуется в случаях, когда активность передаваемой радиоизотопной продукции не превышает значений, указанных в п. 1.8 ОСПОРБ-99/2010 с изменениями на 16 сентября 2013г.

11. Управление несоответствиями.

11.1. Общие положения

Контроль несоответствий осуществляются на основании СМК-ДП-8.3-03-16-2012 Управление несоответствующей продукцией.

Несоответствия по обеспечению качества при обращении с РВ и их хранении выявляются по результатам:

- плановых и внеплановых проверок;
- лабораторного контроля факторов производственной среды;
- радиационного контроля;
- дозиметрического контроля;
- инвентаризации РВ и РАО;
- контроля знаний;
- административно-общественного контроля;
- рекламаций;

По результатам плановых и внеплановых проверок составляются акты проверок.

Органами Ростехнадзора, Роспотребнадзора за подписью руководителей выписываются на ректора университета предписания.

На основании актов проверок, предписаний разрабатываются планы устранения несоответствий.

Лабораторный контроль факторов производственной среды проводится на основании программы производственного контроля университета силами и средствами лаборатории промышленной экологии УМТО университета. Регистрация результатов измерений производится в протоколах измерений, где результаты сравниваются с действующими на данный момент санитарными нормами. Составляются и анализируются результаты ежеквартально.

Радиационный и дозиметрический контроль осуществляется участком радиационной безопасности и лабораторией радиационного контроля университета в соответствие с программой радиационного контроля, согласованной с органами Роспотребнадзора.

Инвентаризация РВ и РАО проводится инвентаризационной комиссией университета.

Инвентаризация РВ проводится ежегодно в соответствии с приказом ректора.

Инвентаризация РАО проводится 2 раза в год в соответствии с приказом ректора.

Проверка знаний персонала группы «А» проводится ежегодно постоянно действующими комиссиями университета и подразделений в соответствии с базовой программой обучения и проверки знаний сотрудников, работающих с радиоактивными веществами и другими источниками ионизирующего излучения. Результаты проверки знаний персонала группы «А» оформляются протоколами.

Административно-общественный контроль состояния условий труда осуществляется на основании положения о трехступенчатом контроле состояния охраны труда, промсанитарии и соблюдения трудового законодательства. Результаты отражаются в журнале контроля состояния охраны труда, промсанитарии в подразделении.

11.2. Корректирующие и предупреждающие действия

Корректирующие и предупреждающие действия в университете осуществляются в соответствии с СМК-ДП-8.5-03-63-2016 Корректирующие и предупреждающие действия.

Корректирующие и предупреждающие действия – составные части процесса улучшения качества при обращении с РВ.

Корректирующие действия направлены на выявление причин возникновения несоответствий и их устранения с целью недопущения его повторного возникновения.

Предупреждающие действия связаны с анализом имеющейся информации с целью выявления причин потенциально возможных несоответствий и направлены на их устранение.

Корректирующие и предупреждающие действия в университете для процессов обеспечения радиационной безопасности при обращении с РВ осуществляются по итогам каждого аудита (проверки), но не реже 1 раза в год.

12. Аудиты (проверки)

Аудит может осуществляться внешними и внутренними органами.

Входными данными для процесса являются акты проверок, предписания, отчеты и другие документы.

Уполномоченный по качеству структурного подразделения выявляет несоответствия в деятельности подразделения по обеспечению радиационной безопасности при обращении с РВ и разрабатывает корректирующие и предупреждающие действия. Согласовывает их с главным аудитором и выносятся на рассмотрение руководителю подразделения.

Утвержденные руководителем подразделения, корректирующие и предупреждающие действия передаются, в структурное подразделение для выполнения.

Не утвержденные руководителем подразделения корректирующие и предупреждающие действия передаются уполномоченному по качеству подразделения на доработки.

По истечении сроков, предписанных уполномоченным по качеству, в тех структурных подразделениях, где было обнаружено много несоответствий, проводится повторная проверка на выполнение корректирующих и предупреждающих действий.

Проверка выполнения корректирующих действий в подразделениях, где не было зафиксировано грубых несоответствий, проводится в ходе очередной ежегодной проверки.

12.1. Внутренние аудиты.

Внутренние аудиты в университете осуществляются на основании СМК-ДП-8.2.2-03-64-2016 Внутренние аудиты.

Устанавливает порядок планирования, проведения и документального оформления результатов внутренних аудитов.

Аудиты предназначены для обеспечения руководства ВУЗа объективной и своевременной информацией о степени соответствия деятельности в системе качества и ее результатов установленным требованиям.

План внутренних аудитов системы менеджмента качества ежегодно составляется главным аудитором университета и предоставляется на утверждение ректору.

13. Заключительные положения.

Настоящая Программа составлена на 37 листах (без учета листа согласования в СЭД) в двух поделенных экземплярах, хранящихся: первый - в УМТО, второй – в УДиОВ, электронная копия в ОУК. Неотъемлемой частью документа является лист согласования, сформированный в СЭД.

Программа может быть изменена, дополнена или отменена в установленном в Университете порядке.

Пересмотр ПОК осуществляется не реже 1 раз в 5 лет.

Актуализация и внесение изменений и дополнений осуществляется в порядке СМК-ДП-4.2.3-03-65-2016 Управление документацией.

Система управления радиационной безопасностью



Задачи управления

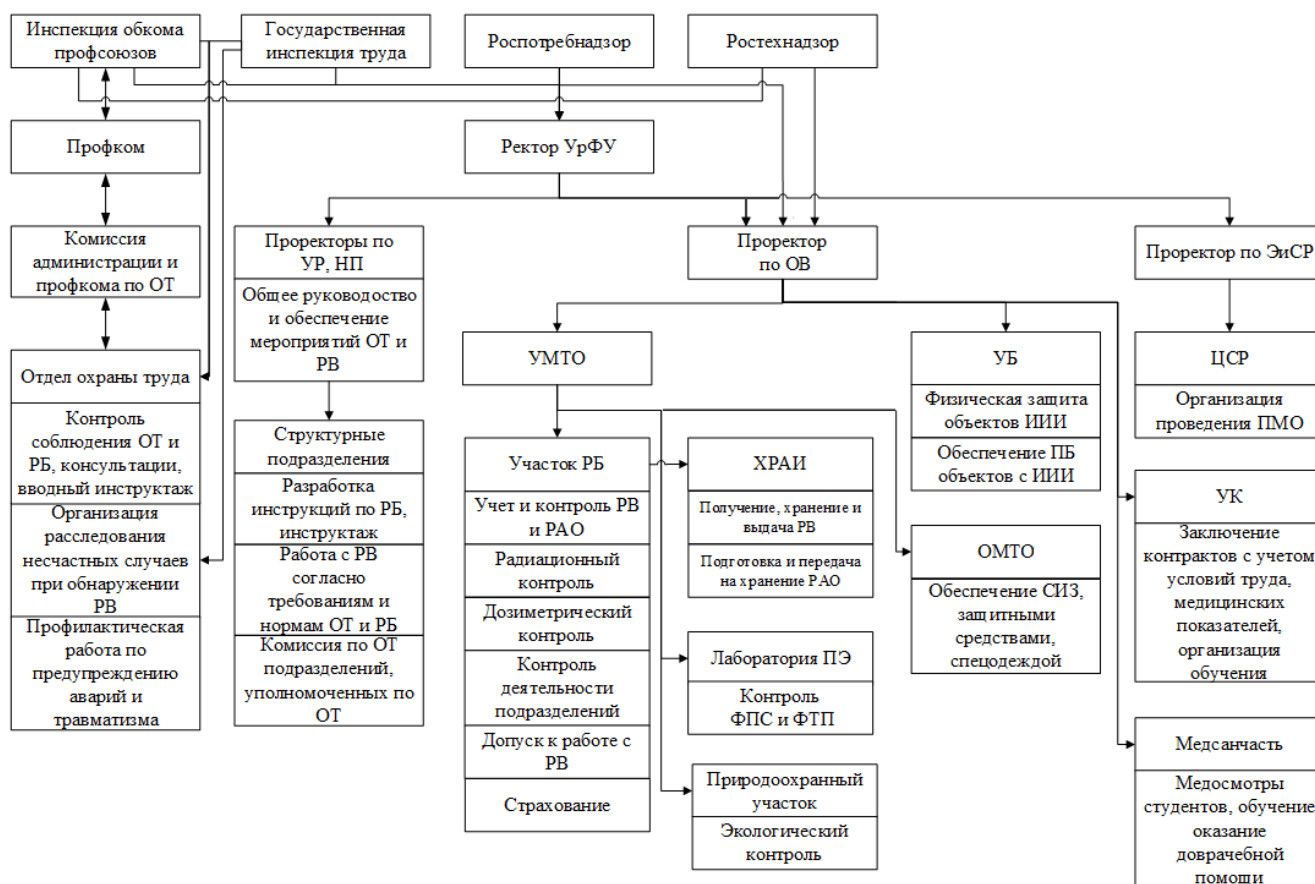
Создание профессиональной службы РБ, обучение работников	Пропаганда вопросов радиационной безопасности	Обеспечение единой технической политики по созданию безопасных и здоровых условий труда	Обеспечение безопасности оборудования	Обеспечение безопасности учебного процесса и НИР	Обеспечение безопасности зданий, сооружений и территории	Разработка и внедрение безопасной техники и технологий при	Нормализация санитарно-гигиенических условий труда	Обеспечение работников средствами индивидуальной защиты	Обеспечение оптимальных режимов труда и отдыха	Организация лечебно-профилактического обслуживания	Организация санитарно-бытового обслуживания	Расследование несчастных случаев и аварий при обращении с РБ
--	---	---	---------------------------------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--

ПФУ, УК, УРБ УМТО, СБ, МСЧ, руководители подразделений	УРБ УМТО, руководители подразделений	Подразделения проректоров по безопасности, ХР, УР, НР; руководители	ОГМ, ОГЭ, УРБ УМТО, УЭЗиС, руководители подразделений	УЭЗиС, подразделения УМТО, руководители подразделений	УЭЗиС, ЭТО, РСЦ, УРБ УМТО, руководители подразделений	ОГМ, ОГЭ, ЭТО, ОМТС, УМТО, руководители подразделений	Руководители подразделений, ОГМ, РСЦ, ОГЭ, УМТО, профком	Руководители подразделений, ОМТС, УЭЗиС, УМТО	Руководители подразделений,	Руководители подразделений,	Руководители подразделений, УЭЗиС	Начальник УМТО
--	--------------------------------------	---	---	---	---	---	--	---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	----------------

Объект управления

Деятельность структурных подразделений университета по обеспечению радиационной безопасности, безопасных и здоровых условий труда на рабочих местах

Структура службы радиационной безопасности



Лист рассылки

**ПРОГРАММА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА
для объектов использования атомной энергии в УрФУ
СМК-ПОК-13-12-2018**

Номер экземпляра	Документ получил			
	Наименование подразделения	Фамилия, инициалы	Дата	Подпись
1-й	УМТО	Рябухина ВТ	03.12.18	
2-й	УДиОВ	Макарова ТВ	03.12.2018	
Электронная копия	ОУК	Тюшинова	03.12.18	

Рассылку произвел:

Вед. инженер 03.12.18 В.Г. Рябухина
Должность Подпись Дата И.О.Ф.

Лист регистрации изменений


Номер изменения	Номер пункта (подпункта)			Дата внесения изменения	Всего листов в документе	Подпись ответственного за изменения
	Измененного	Нового	Изъяттого			

Общий лист согласования

СМК-ПОК-13-12-2018 "Программа обеспечения качества для объектов использования атомной энергии УрФУ"

ИД головной задачи 1401432

ФИО согласующего	Результат согласования	Дата получения	Дата выполнения	Комментарий
Шаврин Владимир Сергеевич	Согласовано	29.11.2018 14:37:55	29.11.2018 16:54:06	
Галимов Евгений Фаритович	Согласовано	29.11.2018 17:19:42	30.11.2018 09:32:35	
Мезенцев Павел Валерьевич	Согласовано	30.11.2018 09:45:53	30.11.2018 12:48:38	Выполнил Маточкина Ксения Александровна согласовано

Распечатал  /В.Г. Рябухина/

30.11.2018 14:31:50