



RAPPORTO DI AUDIT

Bureau Veritas Italia SpA on behalf of Bureau Veritas Certification Holding SAS - Italy Branch

ISTITUTO
ISTRUZIONE
SUPERIORE
G.VALLAURI
Pianificazione ed
esecuzione Primo
Audit di Mantenimento

ISO 9001:2015

Data dell'audit:
05/06/26
Riferimento:
26499551/1-20908787552





INDICE

1. INFORMAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE	3
2. INFORMAZIONI DELL'AUDIT	3
3. RIEPILOGO RAPPORTO DI AUDIT	4
4. RILIEVI DELL'AUDIT	5
5. NOTE DELL'AUDITOR	6
6. ALLEGATI	7

1. INFORMAZIONI DELL'ORGANIZZAZIONE

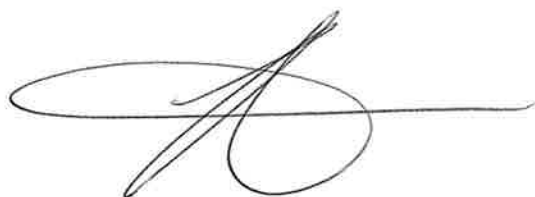
NOME ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE G.VALLAURI
INDIRIZZO Via San Michele, 68 , FOSSANO, 12045, CN3, Italy
CONTATTO PRINCIPALE Guido Manescotto
EMAIL guido.manescotto@vallauri.edu

2. INFORMAZIONI DELL'AUDIT

Tipo di Audit: Pianificazione ed esecuzione Primo Audit di Mantenimento
Accreditamenti: ACCREDIA n° siti: 2 n° dipendenti: 281
Sede principale: SEDE LEGALE E OPERATIVA
Data di inizio: 05/06/26 **Data di Fine (Riunione di Chiusura)** 17/06/26 **Durata (giorni):** 1,5

Criteri di audit (Standards) **Scopo di Certificazione**
ISO 9001:2015 Progettazione ed erogazione di istruzione superiore.

Oltre agli standard di cui sopra, i criteri di audit includono i processi definiti e la documentazione del sistema di gestione sviluppato dall'organizzazione.



3. RIEPILOGO RAPPORTO DI AUDIT

Raccomandazioni del Team Leader

Raccomandazione per la certificazione	Mantenere la certificazione
Commenti sulla modifica dello scopo di certificazione	Durante l'audit abbiamo confermato che lo scopo della certificazione è appropriato.
È necessario il follow-up? No	

Numero di rilievi identificati durante l'audit

Non conformità minore	Non conformità maggiore	Opportunità di miglioramento
0	0	0

Conclusioni dell'audit

Non si sono verificati cambiamenti significativi che abbiano influenzato il sistema di gestione dell'organizzazione dall'ultimo audit.

L'audit si basa su un processo di campionamento delle informazioni disponibili e i metodi di audit utilizzati sono stati interviste, osservazioni, campionamento delle attività e revisione della documentazione e delle registrazioni.

Efficacia delle azioni correttive degli eventi precedenti:

Durante questo audit non sono state riscontrate precedenti non conformità che richiedessero un'azione correttiva

L'organizzazione ha dimostrato un'efficace attuazione del proprio sistema di gestione in conformità agli standard.

- Processo di audit interno:

Vista procedura PGQ15 emessa in data 02/05/2006.

Visto programma degli audit interni anno 2026 emessi in data 12/02/2026 tale piano è articolato e prevede audit aggiuntivi nelle aree ritenute più critiche.

Le sessioni di audit sono state condotte da Guido Manescotto e Stefano Cantoni.

- Processo di riesame della direzione:

Il documento di riesame è stato emesso in data 19.11.2025 contiene altresì tutti gli elementi in uscita richiesti.

- Capacità di soddisfare i requisiti applicabili e i risultati attesi:

PIENAMENTE ADEGUATA

Gli obiettivi di audit come presentati nell'Appendice – Pianificazione dell'audit – sono stati raggiunti.

L'Organizzazione mantiene un sistema di gestione per la qualità pienamente attivo e conforme alla Norma UNI EN ISO 9001: 2015

Utilizzo di marchi e loghi:

Durante l'audit è stato verificato che l'organizzazione abbia posto in essere un controllo efficace sull'uso dei marchi e dei loghi di accreditamento/certificazione.

Revisione delle prestazioni per il ciclo di certificazione attuale:

Non applicabile in sede di I surv.

4. RILIEVI DELL'AUDIT

Best Practices

#	Processo	Descrizione
1	Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	Attività di progettazione accurata

Punti irrisolti (se identificati)

//

5. NOTE DELL'AUDITOR

Nome del Sito:		SITO OPERATIVO		
Processi	Data	Standards	Auditor	Contatti
Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	05/06/26	ISO 9001:2015	MRM	Manescotto Guido - Stefano Cantoni
Note				
Vedi diario TL				
Nome del Sito:		SEDE LEGALE E OPERATIVA		
Processi	Data	Standards	Auditor	Contatti
Contesto dell'Organizzazione	17/06/26	ISO 9001:2015	MRM	Cortese Paolo – Manescotto Guido - Stefano Cantoni
Note				
Vedi diario TL				
Processi	Data	Standards	Auditor	Contatti
Leadership	17/06/26	ISO 9001:2015	MRM	Cortese Paolo – Manescotto Guido - Stefano Cantoni
Note				
Vedi diario TL				
Processi	Data	Standards	Auditor	Contatti
Pianificazione	17/06/26	ISO 9001:2015	MRM	Manescotto Guido - Stefano Cantoni
Note				
Vedi diario TL				
Processi	Data	Standards	Auditor	Contatti
Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	17/06/26	ISO 9001:2015	MRM	Manescotto Guido - Stefano Cantoni
Note				
Vedi diario TL				
Processi	Data	Standards	Auditor	Contatti
Valutazione delle prestazioni	17/06/26	ISO 9001:2015	MRM	Paolo Marchese - Manescotto Guido - Stefano Cantoni
Note				
Vedi diario TL				
Processi	Data	Standards	Auditor	Contatti
Supporto	17/06/26	ISO 9001:2015	MRM	Manescotto Guido - Stefano Cantoni
Note				
Vedi diario TL				
Processi	Data	Standards	Auditor	Contatti
Miglioramento	17/06/26	ISO 9001:2015	MRM	Manescotto Guido - Stefano Cantoni
Note				
Vedi diario TL				

6. ALLEGATI

COME RISPONDERE A UNA NON CONFORMITÀ SOLLEVATA DAI VALUTATORI DI BUREAU VERITAS?

Le non conformità descritte nel presente documento devono essere affrontate attraverso il processo di azione correttiva dell'organizzazione, in conformità con i requisiti di azione correttiva pertinenti dello standard di audit.

Di seguito sono riportati i requisiti di certificazione Bureau Veritas per:

- Tempistiche previste per affrontare la non conformità (a)
- Contenuto della risposta (b)

Tempistiche previste per affrontare la non conformità (a)

Le correzioni e le azioni correttive (se possibile) per affrontare le principali non conformità identificate devono essere eseguite immediatamente. L'analisi della causa principale, la correzione e il piano d'azione correttivo, insieme a prove soddisfacenti dell'implementazione, devono essere presentati entro **90 giorni dall'ultimo giorno dell'audit, a meno che Bureau Veritas Certification e il cliente non concordino un periodo di tempo più lungo.**

La revisione delle non conformità viene effettuata attraverso la revisione desktop. Tuttavia, a seconda della gravità dei risultati, il nostro auditor può eseguire una visita di follow-up per confermare le azioni intraprese, valutarne l'efficacia e determinare se la certificazione può essere mantenuta o aggiornata.

Per una non conformità minore, l'analisi della causa principale, la correzione e il piano d'azione correttiva devono essere approvati dal Team Leader e la verifica dell'attuazione e dell'efficacia delle azioni correttive intraprese deve essere eseguita durante l'audit successivo.

Si raccomanda al Cliente di fornire risposte tempestive per avere il tempo di effettuare ulteriori controlli, se necessario.

Per la ricertificazione, i termini per affrontare le non conformità saranno definiti dal team leader al fine di implementarli prima della scadenza della certificazione.

Eventuali risposte alle non conformità sollevate possono essere in formato cartaceo o elettronico utilizzando il presente documento di riferimento (preferibile) e inoltrate all'ufficio di certificazione Bureau Veritas.

Contenuto della risposta di azione correttiva (b)

La risposta del cliente all'NC deve essere esaminata dal lead auditor in tre parti: analisi delle cause, correzione e azioni correttive.

Nell'esame di terza parte, il revisore cerca un piano e l'evidenza che il piano venga implementato.

Analisi delle cause principali

1. L'analisi non è semplicemente la ripetizione della risultanza, né la causa diretta del problema.
2. Un'analisi ben ponderata per determinare la vera causa principale: ad esempio, qualcuno non ha seguito un processo sarebbe la causa diretta; Determinare il motivo per cui qualcuno non ha seguito un processo porterebbe alla vera causa principale.
3. L'affermazione della causa principale deve concentrarsi su un singolo problema senza che rimangano domande evidenti sul perché.
4. Se si può ragionevolmente porre una domanda sul perché sull'analisi della causa principale, ciò indica che l'analisi non è stata approfondita.
5. Assicurarsi che la causa principale risponda alla domanda "Cosa nel sistema non è riuscito in modo tale da causare il problema?"
6. Incolpare il dipendente non sarà accettato come l'unica causa principale.
7. Risolvere i problemi con il processo e quale sistema di rilevamento non è riuscito.

Correzione

1. L'entità della non conformità è stata determinata (l'NC è stata corretta e il cliente ha esaminato il sistema per vedere se ci sono altri esempi che devono essere corretti). Assicurarsi che la correzione risponda alla domanda "Questo è un caso isolato o no?" in altre parole "C'è il rischio che ciò possa ripetersi nell'altro sito/reparto?"
2. Se la correzione non può essere immediata; un piano per correggere l'NC può essere appropriato (responsabile e data).
3. Evidenza che l'azione è stata apportata o prova che il piano è in fase di attuazione.

Azione correttiva

1. L'azione correttiva o il piano d'azione correttivo affronta le cause principali determinate nell'analisi delle cause principali. Se non è stata definita la vera causa principale, non è possibile impedire che il problema si ripeta.
2. Ai fini dell'accettazione del piano, esso deve includere:
 - azioni per affrontare le cause
 - l'individuazione dei soggetti responsabili delle azioni e
 - un programma (date) per l'attuazione.
 - Includi sempre una "modifica" al tuo sistema. La formazione e/o la pubblicazione di una newsletter non sono generalmente modifiche al tuo sistema.
3. Al fine di accettare la prova dell'attuazione:
 - a. Vengono fornite prove sufficienti per dimostrare che il piano venga attuato come indicato nella risposta (e nei tempi previsti).
 - b. Nota: non sono necessarie prove complete per chiudere l'NC; Alcune prove potrebbero essere esaminate durante un audit futuro durante la verifica delle azioni correttive.

PIANIFICAZIONE DELL'AUDIT

Obiettivi dell'audit

1. confermare che il sistema di gestione sia conforme a tutti i requisiti della norma di riferimento;
2. confermare che l'organizzazione abbia effettivamente realizzato le disposizioni prese;
3. confermare che il sistema di gestione sia in grado di soddisfare le politiche e gli obiettivi dell'organizzazione e valutare la capacità del sistema di gestione di garantire che l'organizzazione cliente soddisfi i requisiti applicabili di natura legale, regolamentare e contrattuale;
4. per quanto applicabile, identificare le aree per il potenziale miglioramento del sistema di gestione
5. confermare che il sistema di gestione certificato sia conforme a tutti i requisiti della norma, includendo, ma non limitandosi a:
 - a) gli audit interni e i riesami da parte della direzione
 - b) un riesame delle azioni intraprese a seguito delle non conformità identificate durante il precedente audit
 - c) il trattamento dei reclami
 - d) l'efficacia del sistema di gestione nel conseguimento degli obiettivi del cliente certificato
 - e) l'avanzamento delle attività pianificate, finalizzate al miglioramento continuo
 - f) la continua tenuta sotto controllo delle attività
 - g) il riesame di ogni modifica, e
 - h) l'utilizzo di marchi e/o di ogni altro riferimento alla certificazione.

Requisiti generali e di conformità legale

NORMATIVE COGENTI

DL 81/2W008; REG. UE 679/2016;
DLGS 152/2006; UN ELENCO ESAUSTIVO DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO E' RIPORTATO ALL'INTERNO DEL MANUALE, NEL CAPITOLO RELATIVO ALLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.

Team Leader: MASSIMILIANO REBAUDENGO - MRM

Team members:

Nome del sito	SITO OPERATIVO		
Data	Processo - Attività	Punti norma 9K	Auditor
05/06/26	1° Giorno dell'audit		
09:00	Riunione di apertura		MRM
09:30	Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.3.1, 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4, 8.3.5, 8.3.6, 8.4, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7	MRM
12:00	Preparazione per la riunione di feedback		MRM
12:30	Reporting		MRM
13:00	Fine del 1° giorno di audit		

Nome del sito	SEDE LEGALE E OPERATIVA [HO]		
Data	Processo - Attività	Punti norma 9K	Auditor
17/06/26	1° Giorno dell'audit		
09:00	Riunione di apertura		MRM
10:00	Contesto dell'Organizzazione	4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 5.1, 8.4, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7, 9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.2.2, 9.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3, 10.1, 10.2, 10.3, Uso di marchi e/o riferimenti alla certificazione	MRM
11:00	Leadership	5.1, 5.1.1, 5.1.2, 5.2, 5.2.1, 5.2.2, 5.3	MRM
12:00	Pianificazione	6.1, 6.2, 6.3	MRM
13:00	Pausa		MRM
14:00	Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	8.1, 8.2, 8.2.1, 8.2.2, 8.2.3, 8.2.4, 8.3, 8.3.1, 8.3.2, 8.3.3, 8.3.4, 8.3.5, 8.3.6, 8.4, 8.4.1, 8.4.2, 8.4.3, 8.5, 8.5.1, 8.5.2, 8.5.3, 8.5.4, 8.5.5, 8.5.6, 8.6, 8.7	MRM
14:30	Valutazione delle prestazioni	9.1, 9.1.1, 9.1.2, 9.1.3, 9.2, 9.2.2, 9.3, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3	MRM
15:30	Supporto	7.1, 7.1.1, 7.1.2, 7.1.3, 7.1.4, 7.1.5, 7.1.6, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.5.1, 7.5.2, 7.5.3, Uso di marchi e/o riferimenti alla certificazione	MRM

Nome del sito		SEDE LEGALE E OPERATIVA [HO]	
Data	Processo - Attività	Punti norma 9K	Auditor
16:30	Miglioramento	10.1, 10.2, 10.3	MRM
17:00	Preparazione per la riunione di chiusura		MRM
17:30	Riunione di chiusura		MRM
18:00	Fine del 1° giorno di audit		

Data di preparazione del piano di audit 22/05/2026

Riunioni

Riunione di apertura (Partecipanti)

Designazione	Nome	Ruolo
Contatto cliente	Guido Manescotto	Tecnico
Gruppo di Audit	MASSIMILIANO REBAUDENGO	Team Leader
Altro	Stefano Cantoni	Docente - Assistente funzione qualità

Riunione di chiusura (Partecipanti)

Designazione	Nome	Ruolo
Gruppo di Audit	MASSIMILIANO REBAUDENGO	Team Leader

PROGRAMMA DI AUDIT

Processo	Sorveglianze		
	1	2	Ricertificazione
Sito	SEDE LEGALE E OPERATIVA		
Contesto dell'Organizzazione	x	x	x
Leadership	x	x	x
Pianificazione	x	x	x
Supporto	x	x	x
Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	x	x	x
Valutazione delle prestazioni	x	x	x
Miglioramento	x	x	x
Sito	SEDE LEGALE E OPERATIVA		
Contesto dell'Organizzazione	x	x	x
Leadership	x	x	x
Pianificazione	x	x	x
Supporto	x	x	x
Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	x	x	x
Valutazione delle prestazioni	x	x	x
Miglioramento	x	x	x
Sito	SITO OPERATIVO		
Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	x	x	x
Siti	Audits		
	Surv1	Main	Surv2
SEDE LEGALE E OPERATIVA	1	0	0,5
SEDE LEGALE E OPERATIVA	0	2,5	0
SITO OPERATIVO	0,5	1	1
Giorni di audit	1,5	3,5	1,5

Creato / Modificato da: MASSIMILIANO REBAUDENGO

Data: 17/06/2026

Eventuali problemi che influiscono sul programma di audit:

//

SF03 RIEPILOGO RAPPORTO DI AUDIT PER STANDARD ISO 9001:2015

RIEPILOGO RAPPORTO DI AUDIT PER ISO 9001:2015		Processo/Attività/Dipartimento		Totale NCR
PUNTI NORMA	DESCRIZIONE	Contesto dell'Organizzazione	Leadership	
				Miglioramento
				Valutazione delle prestazioni
				Attività operativa: progettazione ed erogazione di istruzione superiore.
				Supporto
				Pianificazione
				Leadership
				Contesto dell'Organizzazione
4.1	Comprendere l'organizzazione e il suo contesto	X		
4.2	Comprendere i bisogni e le aspettative delle parti interessate	X		
4.3	Determinare il campo di applicazione di applicazione del sistema di gestione per la qualità	X		
4.4	Sistema di gestione per la qualità e suoi processi	X		
5.1	Leadership e impegno	X	X	
5.1.1	Leadership e impegno - Generalità		X	
5.1.2	Orientamento al cliente		X	
5.2	Politica per la qualità		X	
5.2.1	Stabilire la politica per la qualità		X	
5.2.2	Comunicare la politica per la qualità		X	
5.3	Ruoli, responsabilità e autorità nell'organizzazione		X	
6.1	Azioni per affrontare rischi e opportunità			X
6.2	Obiettivi per la qualità e pianificazione per il loro raggiungimento			X
6.3	Pianificazione dei cambiamenti			X
7.1	Risorse			X
7.1.1	Risorse - Generalità			X
7.1.2	Persone			X
7.1.3	Infrastrutture			X
7.1.4	Ambiente per il funzionamento dei processi			X
7.1.5	Risorse per il monitoraggio e la misurazione			X
7.1.6	Conoscenza organizzativa			X
7.2	Competenza			X
7.3	Consapevolezza			X
7.4	Comunicazione			X
7.5	Informazioni documentate			X
7.5.1	Informazioni documentate - Generalità			X
7.5.2	Creazione e aggiornamento			X

7.5.3	Controllo delle informazioni documentate		X
7.5.3.1.1	L'organizzazione deve assicurare la disponibilità e l'idoneità della documentazione richiesta dal sistema di gestione per la qualità e dalla norma ISO 9001.		X
7.5.3.1.2	L'organizzazione deve controllare la protezione sufficiente e appropriata delle informazioni documentate e identificare i rischi per la loro sicurezza e integrità.		X
7.5.3.2.1	Devono essere determinate e mantenute le attività di distribuzione, accesso e recupero necessarie per il controllo delle informazioni documentate.		X
7.5.3.2.2	Devono essere determinate e mantenute le attività di conservazione e preservazione, comprese le attività per garantire che le informazioni documentate rimangano leggibili, necessarie per il controllo delle informazioni documentate.		X
7.5.3.2.3	Devono essere determinate e mantenute le attività per il controllo delle modifiche delle informazioni documentate.		X
7.5.3.2.4	Devono essere definiti e controllati i diversi livelli di autorizzazioni di accesso e di autorità per modificare le informazioni documentate.		X
7.5.3.2.5	Devono essere determinate e mantenute le attività di conservazione e smaltimento necessarie per il controllo delle informazioni documentate.		
7.5.3.2.6	Le informazioni documentate di origine esterna necessarie per la pianificazione e il funzionamento del sistema di gestione per la qualità saranno identificate, controllate e distribuite in modo appropriato.		X
7.5.3.2.7	Le informazioni documentate conservate come evidenza di conformità devono essere protette da modifiche non intenzionali.		X
8.1	Pianificazione e controllo operativi		X
8.2	Requisiti per prodotti e servizi		X
8.2.1	Comunicazione con il cliente		X
8.2.2	Determinazione dei requisiti relativi a prodotti e servizi		X
8.2.3	Riesame dei requisiti relativi a prodotti e servizi		X
8.2.3.1	L'organizzazione deve assicurarsi di avere la capacità di soddisfare i requisiti per i prodotti e i servizi da offrire ai clienti.		X
8.2.3.2	L'organizzazione deve conservare informazioni documentate, ove applicabile, sui risultati del riesame e su eventuali nuovi requisiti.		X
8.2.4	Modifiche ai requisiti per prodotti e servizi		X
8.3	Progettazione e sviluppo di prodotti e servizi		X
8.3.1	Progettazione e sviluppo - Generalità		X
8.3.2	Pianificazione della progettazione e dello sviluppo		X
8.3.3	Input alla progettazione e allo sviluppo		X
8.3.4	Controlli della progettazione e dello sviluppo		X
8.3.5	Output della progettazione e dello sviluppo		X
8.3.6	Modifiche alla progettazione e allo sviluppo		X
8.4	Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti esternamente	X	X
8.4.1	Controllo dei processi, prodotti e servizi forniti esternamente - Generalità	X	X
8.4.2	Tipo ed estensione del controllo	X	X
8.4.3	Informazioni per i fornitori esterni	X	X
8.5	Produzione ed erogazione dei servizi	X	X
8.5.1	Controllo della produzione e dell'erogazione dei servizi	X	X
8.5.2	Identificazione e rintracciabilità	X	X
8.5.3	Proprietà appartenenti a clienti o fornitori esterni	X	X
8.5.4	Conservazione	X	X
8.5.5	Attività post-consegna	X	X
8.5.6	Controllo delle modifiche	X	X
8.6	Rilascio di prodotti e servizi	X	X
8.7	Controllo degli output non conformi	X	X



9.1	Monitoraggio, misurazione, analisi e valutazione	X								X
9.1.1	Valutazione delle prestazioni - Generalità	X								X
9.1.2	Soddisfazione del cliente	X								X
9.1.3	Analisi e valutazione	X								X
9.2	Audit interni	X								X
9.2.2	Programma di audit interni	X								X
9.3	Riesame della direzione	X								X
9.3.1	Riesame della direzione - Generalità	X								X
9.3.2	Input al riesame della direzione	X								X
9.3.3	Output del riesame della direzione	X								X
10.1	Miglioramento - Generalità	X								X
10.2	Non conformità e azioni correttive	X								X
10.3	Miglioramento continuo	X								X
Uso di marchi	e/o riferimenti alla certificazione	X						X		
Totale										0

Non applicabile

Giustificazione di non applicabilità

INFORMAZIONI SUL CERTIFICATO

ISO 9001:2015 - ACCREDIA - Italiano

Sede Principale SEDE LEGALE E OPERATIVA
Indirizzo Via San Michele, 68 , FOSSANO, 12045, CN3, Italy
Scopo Globale Progettazione ed erogazione di istruzione superiore.

Nome del Sito	Indirizzo	Scopo	Lingua
SEDE LEGALE E OPERATIVA	Via San Michele, 68 , FOSSANO, 12045, CN3, Italy	Progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	Italiano
SITO OPERATIVO	Via S. Giovanni Bosco, 29 , FOSSANO, 12045, CN3, Italy	Progettazione ed erogazione di istruzione superiore.	Italiano

