



I.S.I.S "VITTORIO VENETO"- NAPOLI
Servizi Commerciali e per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera -
Tecnico per il Turismo

Distretto Scolastico 44 - Codice meccanografico NAIS098007 – Codice Fiscale 95170390637

NAIS098007@ISTRUZIONE.IT

I.S.I.S. - "VITTORIO VENETO"-NAPOLI
Prot. 0000366 del 16/01/2023
I (Uscita)

Procedura Nr P 08

GESTIONE AUDIT INTERNI

Distribuzione: Tutto il personale, DSGA, AA.

Pubblicazione: l'ultima revisione del presente documento protocollato e in formato pdf è disponibile per i **destinatari** nei seguenti archivi:

1. Archivio del protocollo ufficiale;
2. Sito web sezione privacy.

Tabella degli Indici delle revisioni

Prot. n°	Modifiche rispetto alla revisione precedente	Data
xxxxxx	Prima emissione	Gg/mm/aaaa

Nota: in caso di revisione della procedura le modifiche attuate saranno evidenziate in giallo nel corpo del documento.

Data	Redatto dal Titolare del Trattamento	Approvato dal RPD	Titolo	Pagina
16/01/2023	Olimpia PASOLINI	Salvatore CHIANESE	GESTIONE AUDIT INTERNI	1 di 8



I.S.I.S “VITTORIO VENETO”- NAPOLI
Servizi Commerciali e per l’Enogastronomia e l’Ospitalità Alberghiera -
Tecnico per il Turismo

Distretto Scolastico 44 - Codice meccanografico NAIS098007 – Codice Fiscale 95170390637

NAIS098007@ISTRUZIONE.IT

INDICE:

1. SCOPO.....	3
2. VALIDITÀ.....	3
3. RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
4. DEFINIZIONI.....	3
5. RESPONSABILITÀ.....	5
6. GESTIONE AUDIT INTERNI	5
6.1 GENERALITÀ.....	5
6.2 MODALITÀ OPERATIVE DI PIANIFICAZIONE, ESECUZIONE E CHIUSURA DEGLI AUDIT	5
6.3 IDENTIFICAZIONE, DISTRIBUZIONE E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE.....	7
6.4 NON CONFORMITÀ ED AZIONI CORRETTIVE	7
7. MODULI E ALLEGATI	8

Data	Redatto dal Titolare del Trattamento	Approvato dal RPD	Titolo	Pagina
16/01/2023	Olimpia PASOLINI	Salvatore CHIANESE	GESTIONE AUDIT INTERNI	2 di 8



I.S.I.S “VITTORIO VENETO”- NAPOLI
Servizi Commerciali e per l'Enogastronomia e l'Ospitalità Alberghiera -
Tecnico per il Turismo

Distretto Scolastico 44 - Codice meccanografico NAIS098007 – Codice Fiscale 95170390637

NAIS098007@ISTRUZIONE.IT

1. SCOPO

Il presente documento si pone lo scopo di definire le **modalità attraverso le quali effettuare audit interni con l'obiettivo di valutare lo stato di applicazione del sistema di gestione per la Privacy definito**. La procedura per il controllo e la verifica e la relativa attività di audit è **obbligatoria** essendo prevista dall'**art. 32, paragrafo 1, lettera d)** del **GDPR**. Per la redazione di questo documento si è fatto riferimento alle modalità previste per lo svolgimento di un audit dalla norma **ISO 19011 "Linee guida per gli audit di sistemi di gestione ambientali, della qualità, della sicurezza delle informazioni"**.

2. VALIDITÀ

Il presente documento ha validità all'interno della presente **Istituzione Scolastica**.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

CODICE	OGGETTO
D. Lgs. n. 101/2018	Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016.
REGOLAMENTO (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e Consiglio, del 27 aprile 2016	Regolamento relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).
UNI EN 19011	Linee guide per la conduzione degli audit

4. DEFINIZIONI

Per tutte le definizioni dei termini inerenti la privacy usati in tale documento si fa riferimento all'**art. 4 del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento Generale per la protezione dei dati"**. Laddove ritenuto necessario, nel corpo del documento saranno date le informazioni relative a termini e/o acronimi usati nel testo.

Per le altre principali definizioni si rimanda alla sottostante tabella.

Termine/Acronimo	Definizione
SISTEMA DI GESTIONE PER LA PRIVACY (SGP)	Sistema di gestione per guidare e tenere sotto controllo un'organizzazione con riferimento alla Privacy [REGOLAMENTO (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e Consiglio, del 27 aprile 2016].
AUDIT DI SGP VERIFICA ISPETTIVA (VI) di SGP	Esame sistematico ed indipendente per determinare se le attività svolte per la Privacy ed i risultati ottenuti sono in accordo con quanto pianificato e se quanto predisposto viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi e per conoscere e valutare, con evidenza oggettiva, se specifiche attività, avvenimenti, condizioni o le informazioni che vi si riferiscono, sono conformi.

Data	Redatto dal Titolare del Trattamento	Approvato dal RPD	Titolo	Pagina
16/01/2023	Olimpia PASOLINI	Salvatore CHIANESE	GESTIONE AUDIT INTERNI	3 di 8



I.S.I.S “VITTORIO VENETO”- NAPOLI
Servizi Commerciali e per l’Enogastronomia e l’Ospitalità Alberghiera -
Tecnico per il Turismo

Distretto Scolastico 44 - Codice meccanografico NAIS098007 – Codice Fiscale 95170390637

NAIS098007@ISTRUZIONE.IT

Termine/Acronimo	Definizione
GRUPPO DI AUDIT (GVI)	Uno o più valutatori che eseguono un’audit. Nota 1 – Il ruolo di responsabile del gruppo (RGVI) è sempre ricoperto dal RPD Nota 2 – Il gruppo di valutazione può comprendere valutatori in addestramento e, ove richiesto, esperti tecnici.
VALUTATORE DI SGP (I)	Persona che ha la formazione (corsi specifici e/o training on the job) ed è abilitato ad eseguire verifiche ispettive.
ESPERTO TECNICO (ES)	Persona che fornisce conoscenze o competenze specifiche sull’oggetto della verifica ispettiva. Nota – I termini conoscenza o esperienza comprendono la conoscenza o l’esperienza sull’organizzazione, sul processo o sull’attività da sottoporre a verifica ispettiva nonché il linguaggio proprio o la cultura attinenti.
OSSERVATORE (O)	Persona che partecipa all’audit per formazione / informazione.
COMMITTENTE	Persona od organizzazione che richiede l’audit. Nota: Tale figura coincide con Il Titolare del trattamento dei dati.
ORGANIZZAZIONE VALUTATA	Organizzazione scolastica oggetto della valutazione mediante audit.
OSSERVAZIONE	Constatazione di un fatto osservato durante la VI e supportata da evidenza oggettiva.
EVIDENZA OGGETTIVA	Dati che supportano l’esistenza o la veridicità di qualcosa Nota – L’evidenza oggettiva può essere fornita da osservazioni, misurazioni, prove o da altri mezzi.
NON CONFORMITÀ (NC)	Mancato soddisfacimento di un requisito
OPPORTUNITÀ (OPP)	Rilievo non riferibile ai requisiti specificati che può, comunque, costituire opportunità di miglioramento.
AZIONE CORRETTIVA (AC)	Azione per eliminare la causa di una non conformità rilevata, o di altre situazioni indesiderabili rilevate.
AZIONE PREVENTIVA (AP)	Processo di identificazione delle cause più probabili di qualsiasi potenziale non conformità prima che si verifichi. Le azioni preventive sono svolte per assicurare che non ci sia alcuna deviazione dalle specifiche concordate con la committenza o da prescrizioni legislative.
AZIONE DI MIGLIORAMENTO (AM)	Attività volta a cogliere le opportunità identificate, ad esempio, a seguito dell’analisi del contesto per migliorare un processo.
AZIONE DI CONTENIMENTO/ TRATTAMENTO/ CORREZIONE	Azione atta a contenere gli effetti negativi di una Non Conformità. Nota: Tale azione di solito è di natura provvisoria.

Data	Redatto dal Titolare del Trattamento	Approvato dal RPD	Titolo	Pagina
16/01/2023	Olimpia PASOLINI	Salvatore CHIANESE	GESTIONE AUDIT INTERNI	4 di 8



I.S.I.S “VITTORIO VENETO”- NAPOLI
Servizi Commerciali e per l’Enogastronomia e l’Ospitalità Alberghiera -
Tecnico per il Turismo

Distretto Scolastico 44 - Codice meccanografico NAIS098007 – Codice Fiscale 95170390637

NAIS098007@ISTRUZIONE.IT

5. RESPONSABILITÀ

Titolare del trattamento dei dati	<ul style="list-style-type: none"> • Individuare le misure da adottare per la gestione degli audit interni. • Formare ed informare tutti i lavoratori sulle misure individuate e sui propri obblighi. • Coordinare le attività per la gestione delle NC.
RPD (Responsabile Protezione Dati)	<ul style="list-style-type: none"> • Verificare la corretta applicazione della presente procedura. • Pianificare, coordinare ed effettuare gli audit interni. • Valutare l’efficacia di eventuali azioni correttive.
Incaricati	<ul style="list-style-type: none"> • Applicare le misure individuate nella presente procedura.

6. GESTIONE AUDIT INTERNI

6.1 GENERALITÀ

Gli **Audit** del **Sistema di Gestione della Privacy (SGP)** sono, normalmente, motivati da uno o più tra i seguenti obiettivi:

- Stabilire la **conformità** degli elementi del **SGP** rispetto ai requisiti specificati ed individuare le eventuali **opportunità di miglioramento**;
- Stabilire l’**efficacia** e l’**efficienza** del **SGP** attuato;
- Fornire all’**organizzazione scolastica** valutata l’**opportunità di migliorare** il proprio **SGP**;
- Soddisfare **prescrizioni cogenti**;
- Fornire al **Titolare del Trattamento** dati e informazioni utili per il **mantenimento e miglioramento** del **SGP**;
- Verificare il **mantenimento** del **SGP**;
- Verificare l’**attuazione** e l’**efficacia** delle **azioni correttive** conseguenti a **non conformità / opportunità** segnalate in **audit precedenti** (audit supplementari).

6.2 MODALITÀ OPERATIVE DI PIANIFICAZIONE, ESECUZIONE E CHIUSURA DEGLI AUDIT

Gli audit interni si svolgono normalmente con **cadenza annuale**; essi sono condotti dal **RPD** il quale, ove necessario, può avvalersi anche del supporto di collaboratori di provata esperienza. In ogni caso il **RPD** assume sempre il ruolo di **RGVI**.

1. PIANIFICAZIONE DELL’AUDIT

La costruzione del **Piano di audit** si basa sugli obiettivi che l’audit stesso deve raggiungere; esso viene redatto sul **Mod. N° 02P/P08 “Piano di audit”** dal **RGVI** e comunicato al **Titolare del Trattamento dei dati** (Committente dell’Audit).

È prevista una certa flessibilità al fine di consentire l’approfondimento degli elementi emersi in sede di audit. Esso contiene:

- Identificazione del **Titolare del Trattamento dei Dati** (Committente);
- Data di emissione;
- Identificazione dell’organizzazione scolastica da verificare;
- Persone di riferimento dell’organizzazione scolastica da contattare durante l’audit;
- Composizione del gruppo di audit ed identificazione del **RGVI** (che è sempre il **RPD**);
- Data di esecuzione dell’audit;
- Documenti di riferimento;
- Obiettivi dell’audit;

Data	Redatto dal Titolare del Trattamento	Approvato dal RPD	Titolo	Pagina
16/01/2023	Olimpia PASOLINI	Salvatore CHIANESE	GESTIONE AUDIT INTERNI	5 di 8



I.S.I.S “VITTORIO VENETO”- NAPOLI
Servizi Commerciali e per l’Enogastronomia e l’Ospitalità Alberghiera -
Tecnico per il Turismo

Distretto Scolastico 44 - Codice meccanografico NAIS098007 – Codice Fiscale 95170390637

NAIS098007@ISTRUZIONE.IT

- Aree/attività da verificare;
- Durata prevista per ciascuna attività significativa di verifica;
- Programma delle riunioni con i rappresentanti dell’organizzazione valutata;
- Lista di distribuzione.

Il **RGVI** provvede alla notifica del piano all’organizzazione valutata; se l’organizzazione pone obiezioni ad uno qualsiasi degli aspetti del piano, esse devono essere discusse e risolte tra il **RGVI**, l’organizzazione valutata e, eventualmente, il **Titolare del Trattamento dei dati** prima di dare inizio all’audit.

I documenti di lavoro da utilizzare nel corso della **VI**, allo scopo di facilitare le indagini e registrare i risultati, comprendono:

- Documentazione applicabile compresa quella cogente;
- Liste di controllo da usare per valutare gli elementi del **SGP** referenziati;
- Moduli per la documentazione dei risultati.

2. ESECUZIONE DELL’AUDIT

L’audit si sviluppa attraverso i seguenti tre passi:

a) Riunione di apertura

Gli obiettivi della riunione di apertura sono:

- presentare i componenti del gruppo di audit ai rappresentanti dell’organizzazione valutata;
- esaminare l’estensione e gli obiettivi della verifica;
- stabilire i canali ufficiali di comunicazione tra il gruppo di verifica e l’organizzazione valutata;
- confermare i tempi di effettuazione dell’audit e della riunione di chiusura;
- precisare qualsiasi dettaglio non chiaro del piano di audit.

b) Svolgimento dell’audit

L’audit viene effettuato raccogliendo evidenze mediante interviste, esame dei documenti e l’osservazione delle attività e delle condizioni nelle aree interessate. L’obiettivo è di verificare se la documentazione, che descrive e supporta i requisiti, sia nota, disponibile, compresa ed utilizzata dal personale dell’organizzazione valutata. Ove possibile, le informazioni raccolte attraverso lo strumento dell’intervista sono oggettivate attraverso l’osservazione diretta ovvero attraverso registrazioni.

Tutte le **osservazioni** emerse durante la **VI** sono **documentate**; le indicazioni di **non conformità / opportunità** sono annotate solo se appaiono significative.

Durante lo svolgimento dell’audit il **RGVI**, in accordo con l’organizzazione valutata, può variare il piano di verifica se ciò gli consente di conseguire in modo ottimale gli obiettivi prefissati.

Una volta che il piano sia completato, il **GVI** riesamina tutte le osservazioni emerse per valutare quali verbalizzare; una volta verbalizzate le osservazioni, il **GVI** verifica che quanto riportato sia documentato in modo chiaro, sintetico e, soprattutto, sia supportato da evidenze oggettive.

Le evidenze raccolte durante l’audit vengono registrate su apposita check list (mod. n° **01P/P08 “Check list audit SGP”**).

Questo passo si conclude con la stesura della bozza del rapporto di audit di **SGP** da parte del **GVI**.

c) Riunione di chiusura

Il **GVI** incontra il **Titolare del trattamento dei dati** e le persone di riferimento dell’organizzazione contattate durante l’audit. L’obiettivo è la presentazione dei risultati dell’audit, riportati sulla bozza di rapporto, in modo che essi risultino chiaramente compresi e recepiti secondo la loro effettiva importanza.

Le eventuali **osservazioni** da parte dell’**organizzazione** valutata ovvero la loro piena condivisione sono registrati sulla bozza del rapporto.

d) Chiusura dell’audit

La chiusura dell’audit è formalizzata attraverso la redazione del mod. n° **03P/P08 “Rapporto di Audit”** che è a cura del **DPO/RGVI**.

Tale documento contiene:

- ente emittente;

Data	Redatto dal Titolare del Trattamento	Approvato dal RPD	Titolo	Pagina
16/01/2023	Olimpia PASOLINI	Salvatore CHIANESE	GESTIONE AUDIT INTERNI	6 di 8



I.S.I.S “VITTORIO VENETO”- NAPOLI
Servizi Commerciali e per l’Enogastronomia e l’Ospitalità Alberghiera -
Tecnico per il Turismo

Distretto Scolastico 44 - Codice meccanografico NAIS098007 – Codice Fiscale 95170390637

NAIS098007@ISTRUZIONE.IT

- data di emissione;
- N° del rapporto;
- obiettivi della verifica;
- identificazione della organizzazione valutata;
- identificazione del Titolare del trattamento dei dati (committente);
- documenti di riferimento utilizzati;
- riferimento al piano di verifica;
- composizione del gruppo di audit con identificazione dell’RGVI;
- periodo della verifica;
- requisiti verificati;
- identificazione delle persone contattate dal gruppo di audit;
- attività svolte;
- Punti di forza;
- Non conformità e opportunità di miglioramento;
- sintesi dei risultati e conclusioni;
- lista di distribuzione;
- firma del RGVI, degli ispettori e degli eventuali esperti specialisti;
- firma del rapporto di audit da parte del **Titolare del Trattamento** dei dati.

I rilievi delle **non conformità / opportunità** e le relative **azioni correttive/ preventive/ miglioramento** sono riportate nel Mod. n° **04P/P08 “Registro delle non conformità”**. Per la compilazione di tale modulo si veda il **par. 6.4**.

6.3 IDENTIFICAZIONE, DISTRIBUZIONE E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

La documentazione cui ci si riferisce in questo paragrafo è costituita da:

- **Piano di audit;**
- **Check list**
- **Rapporto di audit;**

La identificazione di detti documenti è univoca ed è realizzata attraverso un codice così costituito:

aa-nn

dove:

- aa** anno di emissione (ultime due cifre)
- nn** numero progressivo nell’anno del Piano / Rapporto

La distribuzione del **Piano di VI** è stata già descritta in precedenza; la distribuzione del **Rapporto di VI** e della **Check list** viene concordata tra il **Titolare del Trattamento dei dati** e il **RPD**.

Tutti i moduli della presente procedura sono conservati dal **Titolare del Trattamento dati** in un apposito contenitore per un periodo di tempo non inferiore a **3 anni** o anche in formato elettronico. Tutta la documentazione deve essere messa a disposizione delle autorità competenti in caso di controlli (**principio di accountability**).

6.4 NON CONFORMITÀ ED AZIONI CORRETTIVE

Il **GVI** ha la responsabilità di identificare le non conformità / opportunità e di registrarle sul Mod. n° **04P/P08 “Registro delle non conformità”**, mentre l’organizzazione scolastica valutata ha la responsabilità di **definire, pianificare ed attuare** le **azioni di contenimento** (se possibile e/o necessario) e le **azioni correttive** necessarie a risolvere le **non conformità** rimuovendone le cause, ovvero a conseguire le **opportunità di miglioramento**.

In particolare, ogni **NC** va gestita attraverso i seguenti passi:

1. Il **DPO/RGVI** riporterà su tale documento, nello spazio apposito, le **non conformità/opportunità** rilevate insieme ai riferimenti della documentazione dell’audit (colonna **“Doc. Registrazione Rifer./ Origine”**);

Data	Redatto dal Titolare del Trattamento	Approvato dal RPD	Titolo	Pagina
16/01/2023	Olimpia PASOLINI	Salvatore CHIANESE	GESTIONE AUDIT INTERNI	7 di 8



I.S.I.S “VITTORIO VENETO”- NAPOLI
Servizi Commerciali e per l’Enogastronomia e l’Ospitalità Alberghiera -
Tecnico per il Turismo

Distretto Scolastico 44 - Codice meccanografico NAIS098007 – Codice Fiscale 95170390637

NAIS098007@ISTRUZIONE.IT

2. Il **Titolare del Trattamento** ha il compito di compilare tutte le altre sezioni (nel dettaglio: **Analisi, Trattamento, Azione correttiva/preventiva/miglioramento, Responsabili dell’attuazione del trattamento/ azione correttiva/ preventiva/ miglioramento, Scadenza prevista e pianificata dell’evasione del trattamento/ azione correttiva / preventiva/ miglioramento** indicata) riportando tutte le indicazioni emerse e le decisioni prese anche grazie all’ausilio di un **gruppo di lavoro** eventualmente individuato per la **gestione delle non conformità**;
3. Il **DPO/RGVI** compilerà la sezione **“Verifica efficacia (esito – doc. rif.)/ Ripianificazione”** del documento a **valle di un audit** in cui venga effettuata, secondo il **Piano di Audit** elaborato, la verifica dell’attuazione, della efficacia e dell’efficienza delle azioni correttive/ preventive/ miglioramento previste riportando il risultato della verifica. La stessa informazione va riportata anche nel **mod. n° 01P/P08 “Check list”** nella sezione specifica e sul **mod. n° 03P/P08 “Rapporto di Audit”**. Se la verifica su **tutte le attività** riportate nel **Mod. n° 04P/P08 “Registro delle non conformità”** ha un esito positivo allora si considera conclusa l’intera attività. Se la verifica effettuata rileva che qualche azione non risulta attuata o la sua efficacia non è soddisfacente allora il **Titolare del Trattamento** ha la responsabilità di rivedere e/o di ripianificare le attività non andate a buon fine, registrandole sul **“Registro delle n.c.”** nella sezione in questione. Il **DPO/RGVI**, al successivo audit pianificato, provvederà a verificarne l’attuazione con le stesse modalità descritte sopra.

7. MODULI E ALLEGATI

Mod. 01P/P08	Check list audit interno SGP
Mod. 02P/P08	Piano audit interno SGP
Mod. 03P/P08	Rapporto audit interno SGP
Mod. 04P/P08	Registro Non Conformità/Opportunità

Data	Redatto dal Titolare del Trattamento	Approvato dal RPD	Titolo	Pagina
16/01/2023	Olimpia PASOLINI	Salvatore CHIANESE	GESTIONE AUDIT INTERNI	8 di 8