

Plan d'action en réponse au rapport d'inspection professionnelle



IMPORTANT – VEUILLEZ SUIVRE LES INSTRUCTIONS CI-DESSOUS AFIN DE TRANSMETTRE VOTRE FICHIER.

Vous devrez téléverser dans SharePoint ce document dûment rempli selon les mêmes instructions que vous avez reçues par courriel au début du processus d'inspection. N'oubliez pas d'enregistrer votre formulaire sur votre poste de travail avant de commencer à le remplir, afin de ne perdre aucune donnée.

Raison sociale

Date

 AAAA | MM | JJ |

Nom du répondant pour le cabinet ou du praticien exerçant seul, selon le cas

Téléphone

 | -

1 Nous avons identifié des actions pour chacun des éléments constatés au rapport d'inspection professionnelle de notre cabinet. Les actions et les commentaires sont joints à l'annexe 1. Oui Non

2 Nous avons passé en revue les politiques et les procédures de gestion de la qualité de notre cabinet et nous avons identifié les causes à l'origine des éléments constatés au dernier rapport d'inspection professionnelle (à savoir s'il s'agissait de cas isolés ou récurrents). Oui Non

Si OUI, notre évaluation est la suivante :

Identification des causes probables :

3 Nous avons identifié des actions en réponse à l'évaluation de nos politiques et procédures de gestion de la qualité au point 2 ci-dessus. Oui Non

Les actions suivantes seront prises :

i) Cours de perfectionnement à suivre par les associés Oui Non

Si OUI, indiquer le titre des cours à suivre ainsi que la date prévue (si possible) :

Présentation des états financiers

Date : AAAA | MM | JJ |

Date : AAAA | MM | JJ |

Audit

Date : AAAA | MM | JJ |

Date : AAAA | MM | JJ |

Examen

Date : AAAA | MM | JJ |

Date : AAAA | MM | JJ |

Autres

Date : AAAA | MM | JJ |

Date : AAAA | MM | JJ |

ii) **Formation du personnel** Oui Non

Si OUI, indiquer la formation prévue ainsi que le calendrier projeté :

iii) **Mise à jour des questionnaires ou listes de contrôle** Oui Non

Si OUI, indiquer les changements prévus :

iv) **Acquisition de documents/matériel de référence appropriés** Oui Non

Si OUI, indiquer les documents/matériel à être acquis :

v) **Revue de la qualité de la mission par une personne appropriée** Oui Non

Si OUI, indiquer les détails :

vi) **Actions disciplinaires contre ceux qui n'ont pas respecté les politiques et les procédures du cabinet** Oui Non

Si OUI, indiquer la nature des actions à prendre :

Autres actions à prendre (en complément ou en remplacement des actions mentionnées ci-dessus) :

4 Notre revue des éléments constatés a révélé que le rapport d'un auditeur était inadéquat ou que des procédures ont été omises lors de la réalisation d'une mission et les mesures correctives immédiates ont été exigées. Oui Non

Si OUI, indiquer le numéro du dossier et la description des actions prises :

ESPACE RÉSERVÉ À L'ORDRE

N° de dossier : _____

Date réception du plan d'action : | AAAA | | MM | | JJ |

Proposition : Zone 1 Zone 2 Zone 3

Date lettre de transmission : | AAAA | | MM | | JJ |

Validation du plan d'action : Oui Non

CIP date : | AAAA | | MM | | JJ |

Initiales : _____ Suivi : _____ Date : | AAAA | | MM | | JJ |

Suivi fait avec le cabinet ou commentaires

Signature Date : | AAAA | | MM | | JJ |

Approuvé par : _____ Date : | AAAA | | MM | | JJ |