



FORMULAIRE DE DEMANDE DECLARATION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL SUR UN SITE WEB

N° d'enregistrement :

SECTEUR PUBLIC

SECTEUR PRIVE

1

Déclarant

Personne physique

Organisme (personne morale)

Nom & Prénom ou raison sociale * -----

Secteur d'activité * -----

Service * -----

Carré/lot* -----

Quartier* -----

Ville * ----- Boîte postale -----

Adresse électronique* -----

Sigle (facultatif) -----

N° IFU -----

RCCM -----

Tél.* -----

Fax. -----

1.1 Personne à contacter par la CNIL en cas de besoin (point focal) :

Nom et prénom : -----

Fonction : ----- Tél : ----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

1. 2 Veuillez indiquer la personne ou son représentant dûment mandaté, le service ou l'organisme en charge de la mise en œuvre du traitement, s'il ne s'agit pas du déclarant lui-même :

Nom : ----- Adresse : ----- Tél : -----

Adresse électronique : -----

2**INTITULE DU TRAITEMENT**

Dénomination du traitement envisagé :

3**PRINCIPES RELATIFS AU TRAITEMENT**

3.1 Veuillez préciser la ou les finalités du traitement : -----

3.2 Veuillez préciser, s'il y a lieu, le texte juridique qui prévoit ledit traitement : -- -----

3.3 Veuillez indiquer les catégories de personnes concernées par le traitement :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salariés | <input type="checkbox"/> Adhérents |
| <input type="checkbox"/> Usagers | <input type="checkbox"/> Visiteurs |
| <input type="checkbox"/> Patients | <input type="checkbox"/> Clients (actuels ou potentiels) |
| <input type="checkbox"/> Etudiants/Elèves | <input type="checkbox"/> Autres (<i>Veuillez préciser</i>) : ----- |
-

3.4 Veuillez indiquer le nombre de personnes concernées par le traitement :

3.5 Veuillez préciser le type de traitement utilisé :

- Traitement manuel Traitement électronique

3.5.1 En cas de traitement manuel, veuillez décrire la procédure mise en œuvre :

3.5.2 En cas de traitement électronique, veuillez décrire de manière détaillée les caractéristiques techniques et les fonctionnalités du système :

- les caractéristiques techniques du système sont : -----
-
-
- les fonctionnalités du système sont : -----
-
-

3.6 Date de mise en œuvre du traitement :

4.1 Veuillez préciser les catégories de données collectées et traitées : -----

4.2 Veuillez préciser l'origine des données collectées et traitées : -----

4.3 Veuillez indiquer si vous collectez et traitez les traces de connexion ou si vous utilisez des cookies ?

- Traces de connexion : Oui (veuillez préciser) ----- Non
- Cookies : Oui (veuillez préciser) ----- Non

4.4 Veuillez préciser la durée de conservation des données et s'il y a lieu les cookies :

4.5 Veuillez indiquer le lieu de stockage des données : -----

4.6 Communiquez-vous les données à d'autres organismes au Bénin ?

- Oui Non

4.6.1 Si Oui, veuillez préciser le destinataire des données :

Nom, (Prénom)/ raison sociale : -----

Adresse complète : -----

4.6.2 Veuillez préciser, s'il y a lieu, le texte légal ou réglementaire qui prévoit la communication des données traitées : -----

4.6.3 Veuillez préciser la finalité de la communication des données traitées : -----

5.1 Transférez-vous les données traitées vers un pays tiers ? Oui Non

Si Oui, veuillez répondre aux questions suivantes :

5.2 Veuillez indiquer la personne, le service ou l'organisme à l'étranger destinataire des données :

Nom, (Prénom) ou raison sociale : -----

Adresse : -----

Code Postal : ----- Ville/Pays : -----

Tél : ----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

5.3 Veuillez préciser la finalité du transfert à l'étranger envisagé (hébergement, externalisation, maintenance, etc.) : -----

5.4 Veuillez indiquer s'il existe un fondement juridique au transfert : -----

5.5 Veuillez indiquer la date de démarrage du transfert : -----

5.6 Veuillez indiquer le mode de transfert des données : -----

Veuillez préciser les mesures de sécurité appliquées par le destinataire sur les données transférées : -----

6

SOUS-TRAITANCE

6.1 Le responsable du traitement a-t-il recours à un (des) sous-traitant (s)? Non Oui

Si **oui**, veuillez préciser s'il existe un **contrat de confidentialité** signé par le sous-traitant :

Oui Non

Veuillez préciser l'identité du ou des sous-traitants

Nom du sous-traitant n° 1 : Adresse : -----

Nom du sous-traitant n° 2 : Adresse : -----

6.2 Veuillez préciser, s'il y a lieu, l'ensemble des intervenants au traitement des données collectées :

1) -----

2) -----

Veuillez préciser le ou les rôles des sous-traitants ou des intervenants : -----

7

SECURITE DES TRAITEMENTS ET DES DONNEES

7.1 Veuillez indiquer les catégories de personnes qui, en raison de leurs fonctions ou pour les besoins du service, ont directement accès aux données traitées (Liste à compléter en cas de besoin):

Mme / M. -----

Mme / M. -----

7.2 Existe-t-il une politique formalisée d'accès aux bâtiments, locaux et salles informatiques hébergeant les données collectées (liste de personnes habilitées, accès par badge, mot de passe, existence de registre des entrées et sorties, charte informatique, etc.) ?

Oui (Veuillez préciser) :-----

Non (Veuillez préciser) :-----

7.3 Disposez-vous d'une certification ou d'un agrément en matière de sécurité délivré (e) par un organisme reconnu, pour votre système, outil ou logiciel utilisé dans le cadre de l'activité déclarée ?-----

7.4 Existe-t-il un document portant politique de sécurité applicable au traitement déclaré ?

Oui Non

7.5 Quelles sont les mesures de sécurité prises lors du traitement, de la communication (identification et traçabilité des acteurs, etc.), du transfert (courriel, données cryptées, support physique) ?-----

7.6 Avez-vous pris des mesures spécifiques pour informer et sensibiliser les personnes concernées par le traitement ? :

Oui (Veuillez préciser) -----.

Non (Veuillez préciser) :-----

8

DROITS DES PERSONNES DONT LES DONNEES SONT TRAITEES

8.1 - MOYENS PRIS POUR INFORMER LES INTERESSES DE LEURS DROITS

8.1.1 Traitements non soumis au droit à l'information préalable (veuillez cocher les cases correspondant à votre situation) :

- le traitement intéresse la sûreté de l'Etat, la défense, la sécurité publique ;
- le traitement a pour objet l'exécution de condamnations pénales ou de mesures de sûreté ;
- le traitement est nécessaire à la prévention, la recherche, la constatation et la poursuite de toute infraction ;

8.1.2 Traitements soumis au droit à l'information préalable (veuillez préciser les modalités d'exercice du droit à l'information mises en place) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Courrier électronique | <input type="checkbox"/> Intranet |
| <input type="checkbox"/> Questionnaire | <input type="checkbox"/> Courrier postal |
| <input type="checkbox"/> Site Internet | <input type="checkbox"/> Affichage |
| <input type="checkbox"/> Mentions légales sur formulaire | <input type="checkbox"/> Autres (Veuillez préciser) : ----- |

Vous ne pouvez pas informer les personnes concernées (veuillez préciser les raisons) : -----

8.2 - MOYENS PRIS POUR L'EXERCICE DU DROIT D'ACCES AUX FICHIERS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mentions légales | <input type="checkbox"/> Accès en ligne |
| <input type="checkbox"/> Site Internet | <input type="checkbox"/> Intranet |
| <input type="checkbox"/> Courrier électronique | <input type="checkbox"/> Courrier postal |
| <input type="checkbox"/> Autres (Veuillez préciser) : ----- | |

8.2.1 Indiquez les coordonnées de la personne, du service ou de l'organisme auprès duquel s'exerce le droit d'accès :

- Déclarant lui-même Autres (Veuillez préciser le nom et les coordonnées de la personne concernée) :
- Fonction de la personne : -----

8.2.2 Veuillez préciser le délai de communication des informations demandées en cas d'exercice du droit d'accès (ex : immédiat, 2 jours, une semaine, 15 jours, etc.) : -----

8.3 - MOYENS PRIS POUR L'EXERCICE DU DROIT D'OPPOSITION

Est-ce que le traitement est prévu par une disposition légale ? Oui Non

Si **Oui**, veuillez préciser le texte de base :

Si **Non**, veuillez préciser les modalités d'exercice du droit d'opposition en indiquant les coordonnées de la personne ou du service à contacter :

- Déclarant lui-même Autres (Veuillez préciser le nom et les coordonnées de la personne concernée) :

8.4 - LE DROIT DE RECTIFICATION ET DE SUPPRESSION

Veuillez préciser les modalités d'exercice du droit de rectification et de suppression des données inexacts, incomplètes, équivoques, périmées, ou dont la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite en indiquant les coordonnées de la personne ou du service à contacter :

- Déclarant lui-même Autres (Veuillez préciser le nom et les coordonnées de la personne concernée): -----
-

- Je déclare sur l'honneur que les renseignements fournis sont véridiques, complets, exacts et respectent les exigences de la législation en matière de protection des données à caractère personnel*

Nom et Prénom :

Fonction :

Date .. / .. /

Signature et cachet

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application des articles 33 et 38 de la loi du 22 mai 2009. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: Carré 76 M quartier GBETO – COTONOU.