



## FORMULAIRE DE DECLARATION NORMALE

Ce formulaire est destiné aux déclarations portant sur les systèmes d'information (vidéosurveillance, badges, cartes magnétiques, géolocalisation, etc.) et les bases de données (personnel, clients, visiteurs, étudiants, élèves, etc.).

*\*Si ces traitements comportent des données sensibles, telles que des données de santé, des données biométriques, font l'objet d'un transfert à l'étranger ou d'une interconnexion, veuillez remplir le formulaire portant demande d'autorisation.*

*(Articles : 5 et 9 de la loi n° 2017-28 du 03 mai 2017, relative à la protection des données à caractère personnel, modifiée et complétée par la loi n°2019-71 du 24 décembre 2019 et son décret d'application N°2020-309 du 30 avril 2020.)*

SECTEUR PUBLIC  SECTEUR PRIVE

| DECLARATION   | CADRE RESERVE A LA HAPDP                             |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Première demande <input type="text"/>        | Reçu le -----<br><input type="text"/>                |
| -   |  |
| <input type="checkbox"/> Modification : N° RDM : <input type="text"/> | N° d'Enregistrement : <input type="text"/>           |
| <input type="checkbox"/> Suppression : N° RDS : <input type="text"/>  | N° Récépissé d'Enregistrement : <input type="text"/> |

*(Veuillez remplir les parties correspondant à votre situation)*

### 1 - IDENTITE DU RESPONSABLE DU TRAITEMENT

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

Secteur d'activité : -----

RCCM : ----- NIF : -----

Adresse : -----

BP : ----- Ville : -----

Tél : ----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

## 1.2. Identification du Représentant du Responsable de Traitement au Niger

Le responsable de traitement est-il installé au Niger ?

Oui  Non

Si Non veuillez compléter

Nature

Personne Physique  Personne Morale

Nom et Prénom ou raison sociale : -----

Secteur d'activité : -----

NIF : -----

Adresse : -----

BP: ----- Ville : -----

Tél : fixe----- Mobile----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

## 1.3 Personne à contacter par la HAPDP en cas de besoin (point focal) :

Nom et prénom : ----- Fonction : -----

Tél : ----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

## 1.4 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 finalité 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 :

Salariés

Adhérents

Usagers

Visiteurs

Patients

Clients (actuels ou potentiels)

Etudiants/Elèves  Autres (*Veillez préciser*) : -----

**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 - TRAITEMENT DES DONNEES COLLECTEES

**4.1** Veuillez préciser les catégories de données traitées : -----  
-----

**4.2** Veuillez préciser l'origine des données traitées : -----  
-----

**4.3** Veuillez préciser la durée de conservation des données : -----

**4.3.1** Veuillez préciser, le cas échéant, le texte légal ou réglementaire qui prévoit la durée de conservation des données traitées : -----  
-----

**4.4** Veuillez indiquer le lieu de stockage des données : -----

**4.5** Communiquez-vous les données à d'autres organismes au Niger ?

Oui  Non

**4.5.1** Si vous cochez Oui, veuillez préciser le destinataire des données :

Nom, (Prénom)/ raison sociale : -----

Adresse complète : -----  
-----

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

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

4.5.4 Veuillez indiquer si le destinataire a effectué les formalités nécessaires au traitement de données personnelles devant la Haute Autorité pour la Protection des Données à caractère Personnel (HAPDP) :

Oui (Veuillez préciser) : -----  
-----

Non (Veuillez justifier) : -----  
-----

## 5- INTERCONNEXIONS ENVISAGEES SOUS TOUTES SES FORMES

-----  
-----  
-----

## 6- SOUS-TRAITANCE

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

Si vous cochez Non, passez directement au point 7.

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

Oui  Non

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) -----

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

## 7 - SECURITE DES TRAITEMENTS ET DES DONNEES

7.1 Veuillez indiquer les 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, contrôle biométrique, mot de passe, existence de registre des entrées et sorties, charte informatique, etc.) ?

Oui (Veuillez préciser) : -----  
-----

Non (Veuillez justifier) : -----  
-----

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 une politique formalisée sur les conditions et modalités d'accès, d'administration, d'exploitation et de maintenance des systèmes qui traitent ou stockent les données collectées ?

Oui (Veuillez préciser) : -----  
-----

Non (Veuillez justifier) : -----  
-----

7.5 Quelles sont les mesures de sécurité prises lors du traitement et en cas de communication ou d'archivage des données collectées (identification et traçabilité des acteurs, mesures de sécurité des moyens de communication, de stockage et d'archivage, etc.) ? -----  
-----

7.6 Avez-vous pris des mesures spécifiques pour informer et sensibiliser sur la politique de sécurité mise en place :

Oui (Veuillez préciser) : -----  
-----

Non (Veuillez justifier) : -----  
-----

## 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 ;
- le traitement est nécessaire à la prise en compte d'un intérêt économique ou financier important de l'Etat, y compris dans les domaines monétaire, budgétaire, douanier et fiscal.

**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"/> 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) : -----

Fonction de la personne : -----

**8.2.2 Veuillez préciser le délai de communication des informations en cas d'exercice du droit d'accès** (ex : immédiat, 2 jours, une semaine, 15 jours, 1 mois, 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 vous cochez **Oui**, veuillez préciser le texte de base : .....

Si vous cochez **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

Veillez 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 (*Veillez préciser le nom et les coordonnées de la personne concernée*) : -----  
-----

#### 9 - SIGNATURE DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT OU SON REPRESENTANT

Je soussigné(e),.....en  
ma      qualité      de.....,  
reconnais avoir pris connaissance de la Loi n° 2017-28 du 03 mai 2017, relative à la protection des données à caractère personnel, modifiée et complétée par la loi n°2019-71 du 24 décembre 2019 et de tous ses textes d'application, atteste que toutes les informations, objet de la présente déclaration, sont complètes et exactes et certifie que les traitements de données sont conformes à ladite loi.

Nom et Prénom ----- Fonction : -----

Date ... / ... / ...

Signature et cachet

***La HAPDP se réserve le droit de procéder à tout moment à un contrôle de conformité des traitements faisant l'objet de la présente déclaration simplifiée tel que prévu par l'article 43-1 de la loi n°2019-71 du 24 décembre 2019 modifiant la loi n°2017-28 du 03 mai 2017, relative à la protection des données à caractère personnel.***

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à permettre à la HAPDP l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de ladite Autorité. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à la disposition du public en application de l'article 43-1 de la loi n°2019-71 du 24 décembre 2019 modifiant la loi n°2017-28 du 03 mai 2017, relative à la protection des données à caractère personnel.*

*Toute modification apportée aux informations ci-dessus et toute suppression de traitement doivent être portées à la connaissance de la HAPDP. Conformément la loi n° 2017-28 du 03 mai 2017, relative à la protection des données à caractère personnel, modifiée et complétée par la loi n°2019-71 du 24 décembre 2019, vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la HAPDP : Boulevard de l'Indépendance, Quartier ANY-KOUARA, Porte No 2296, Tél (Standard) : +227 20 33 12 03, Site Web : [www.hapdp.ne](http://www.hapdp.ne), Email : [contact@hapdp.ne](mailto:contact@hapdp.ne).*

*La HAPDP se réserve le droit de procéder à tout moment à un contrôle de conformité des traitements faisant l'objet de la présente déclaration simplifiée tel que prévu par l'article 43-1 de la loi n°2019-71 du 24 décembre 2019 modifiant la loi n°2017-28 du 03 mai 2017, relative à la protection des données à caractère personnel.*

