

DEMANDE D'AUTORISATION DE TRANSFERT DE DONNEES VERS UN PAYS TIERS

SECTEUR PUBLIC SECTEUR PRIVE

Ce formulaire est destiné aux demandes d'autorisation porte sur :

- le traitement des données à caractère personnel portant sur des données génétiques, médicales et sur la recherche scientifique dans ces domaines ;
- le traitement des données à caractère personnel portant sur des données relatives aux infractions, aux condamnations ou aux mesures de sûreté prononcées par les juridictions ;
- le traitement portant sur un numéro national d'identification ou tout autre identifiant de la même nature, notamment les numéros de téléphones ;
- le traitement des données à caractère personnel comportant des données biométriques ;
- le traitement des données à caractère personnel ayant un motif d'intérêt public notamment à des fins historiques, statistiques ou scientifiques ;
- le transfert de données à caractère personnel envisagé à destination d'un pays tiers.

La demande d'autorisation est présentée par le responsable du traitement ou son représentant légal.

(Article : 7 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.)

<p>DEMANDE D'AUTORISATION</p> <p> <input type="checkbox"/> Première demande <input type="checkbox"/> Modification : N° DAM. : <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Suppression : N° DAS : <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/> </p>	<p>CADRE RESERVE A LA HAPDP</p> <p>Reçu le -----</p> <p>N° d'Enregistrement : <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/> N° Récépissé d'Enregistrement : <input style="width: 40px;" type="text"/><input style="width: 40px;" type="text"/></p>
---	---

(DAM : demande d'autorisation de modification, DAS : demande d'autorisation de suppression)
(Veuillez remplir les parties correspondant à votre situation)

1 – IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DU TRAITEMENT

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

RCCM :-----

NIF :-----

Secteur d'activité : -----

Adresse : -----

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

Tél : ----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

1.2. Personne à contacter par la HAPDP en cas de besoin (point focal):

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

Tél : ----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

3 - Consentement des personnes concernées :

Les personnes concernées ont-elles consenti au transfert des données les concernant ?

Oui Non

Si oui, indiquez la méthode de recueil du consentement :

4 - SECURITE ET CONFIDENTIALITE DU TRANSFERT

Type de sécurité	Oui	Non	Préciser
Authentification des destinataires : Contrôle d'identité, VPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intégrité des données : Mesures de sécurité au niveau du canal de transmission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clauses contractuelles : Sécurité des données, droits d'accès, audit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contrôle d'accès : Protection physique des locaux et des équipements...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Confidentialité des données : Gestion des droits d'accès et des profils, login et mot de passe, contrôle biométrique...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chiffrement de la communication : VPN, certificat électronique...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cryptage ou codage des données : Algorithmes, logiciels de cryptage, anonymisation...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5 - 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

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 Conformément à ladite loi, 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, BP : 1353 Niamey-Niger, Tél (Standard) : +227 20 33 12 03, Site Web : www.hapdp.ne, Email : 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.

