



DEMANDE D'AUTORISATION

- 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.)*

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

*(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. 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 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 (Veuillez 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 collectées : -----

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 préciser) : -----

5 - TRAITEMENTS DES DONNEES DE SANTE

5.1 Traitez-vous des données de santé ? Non Oui

Si vous cochez NON, allez directement au point 6.

Si vous cochez OUI, veuillez répondre aux questions suivantes :

5.2 Le traitement est-il mis en œuvre par un professionnel de santé soumis au secret ou sous sa supervision?

Oui Non

5.3 Quelle sont les modalités de conservation et de consultation des données traitées ?

5.4 Quelles sont les modalités de diffusion des résultats du traitement aux intéressés ?

5.5 Est-ce qu'il existe un protocole de recherche dans le cadre du traitement ?

Oui Non

Si OUI, merci de remplir le formulaire de « **Recherche dans le domaine médical** ».

6 - INTERCONNEXION DE FICHIERS

6.1 Procédez-vous à des interconnexions de fichiers ? Non Oui

Si vous cochez Non, allez directement au point 7.

Si vous cochez Oui, veuillez répondre aux questions suivantes :

6.2 Veuillez préciser les catégories de données concernées par l'interconnexion :

6.3 Veuillez préciser les raisons pour lesquelles l'interconnexion est nécessaire : -----

6.4 Veuillez préciser la finalité de chaque fichier à interconnecter (Liste à compléter en cas de besoin) :

Fichier n°1 : -----

Fichier n° 2 : -----

Fichier n° 3 : -----

6.5 Veuillez préciser la durée de l'interconnexion : -----

7 - TRANSFERTS DES DONNEES VERS UN PAYS TIERS

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

Si vous cochez **Non**, allez directement au point 8.

Si vous cochez **Oui**, veuillez remplir le formulaire portant sur la demande d'autorisation de transfert de données vers un pays tiers

8. SOUS-TRAITANCE

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

Si vous cochez **Non**, passez directement au point 9.

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 : -----

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

- 1) -----
- 2) -----
- 3) -----
- 4) -----

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

9 - SECURITE DES TRAITEMENTS ET DES DONNEES

9.1 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. -----

9.2 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 justifier) : -----

9.3 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 ? -----

9.4 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) : -----

9.5 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) ? -----

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

Oui (Veuillez préciser) : -----

Non (Veuillez justifier) : -----

10 - DROITS DES PERSONNES DONT LES DONNEES SONT TRAITEES

10.1 - MOYENS PRIS POUR INFORMER LES INTERESSES DE LEURS DROITS

10.1.1 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.

10.1.2 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) : -----

10.2 - 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) : ----- | |

10.2.1 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 : -----

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

10.3 - 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) : -----

10.4 - LE DROIT DE RECTIFICATION ET DE SUPPRESSION

Veuillez préciser les modalités d'exercice du droit de rectification et de suppression des données inexactes, 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) : -----

11 - 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, 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.