



DEMANDE D'AVIS

Formulaire réservé à l'Etat, aux établissements publics, aux collectivités locales ou aux personnes morales de droit privé gérant un service public ainsi qu'aux personnes morales de droit privé

(Articles : 9 et 13 de la loi n° 2017-28 du 03 mai 2017 et 43-1 de la loi n°2019-71 du 24 décembre 2019, relatives à la protection des données à caractère personnel et son décret d'application N°2020-309 du 30 avril 2020)

DEMANDE D'AVIS

- Première demande
- Modification : N° DAVM :
- Suppression : N° DAVS :

CADRE RESERVE A LA HAPDP

Reçu le -----

N° d'Enregistrement :

N° d'Avis :

(DAVM : demande d'avis de modification, DAVS : demande d'avis de suppression)
(Veuillez remplir les parties correspondant à votre situation)

1 - IDENTITE DU RESPONSABLE DU TRAITEMENT

1.1 Nom, (Prénom) ou raison sociale : -----
Secteur d'activité : -----
RCCM : ----- NIF : -----
Adresse : -----
BP : ----- Ville : -----
Tél : ----- Fax : -----
Adresse électronique : -----

1.2 Identification du Représentant légal 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 :

Nom et prénom : ----- Fonction : -----
Tél : ----- Fax : -----
Adresse électronique : -----

Veillez 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

Veillez préciser la finalité du traitement : -----

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

Veillez 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 | Clients (actuels ou potentiels) |
| <input type="checkbox"/> Etudiants/Elèves | <input type="checkbox"/> Autres (<i>Veillez préciser</i>) : ----- |
| | <input type="checkbox"/> |

Veillez indiquer le nombre de personnes concernées par le traitement : -----

Veillez préciser le type de traitement utilisé :

- Traitement manuel traitement électronique

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

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 : -----

Date de mise en œuvre du traitement : -----/-----/20.....

4 - TRAITEMENT DES DONNEES COLLECTEES

Veuillez préciser les catégories de données à caractère personnel traitées :

- Données relatives à la sûreté de l'Etat, la défense ou la sécurité publique ;
- Données portant sur la prévention, la recherche, la constatation ou la poursuite des infractions pénales ou l'exécution des condamnations pénales ou des mesures de sûreté ;
- Données relatives au recensement de la population ;
- Données relatives au traitement de salaires, de pensions, d'impôts, des taxes et autres liquidations.

Veuillez préciser et annexer l'acte réglementaire qui autorise le traitement : -----

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

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

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

Veuillez préciser les mesures prises pour mettre à jour les données collectées : -----

Veuillez préciser le destinataire des données collectées en cas de communication :

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

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

Adresse : -----

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

Tél : ----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

Veillez préciser, le cas échéant, le texte légal ou réglementaire qui prévoit la communication des données traitées : -----

Veillez préciser la finalité de la communication des données traitées : -----

Veillez indiquer le lieu de stockage des données collectées : -----

Veillez 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 (Veillez préciser) : -----

Non (Veillez préciser) : -----

5 - TRAITEMENTS DES DONNEES DE SANTE

Traitez-vous exclusivement ou en partie des données de santé ? Oui Non

Si **Oui**, merci de remplir également l'annexe N° I « **formulaire de demande d'autorisation de traitement des données de santé** ».

6 - INTERCONNEXION DE FICHIERS

Procédez-vous à des interconnexions de fichiers ? Oui Non

Si **Oui**, merci de remplir également l'annexe N° II « **formulaire de demande d'autorisation d'interconnexion de fichiers** ».

7 - TRANSFERTS DES DONNEES VERS UN PAYS TIERS

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

Si **Oui**, merci de remplir également l'annexe N° III « **formulaire de demande d'autorisation de transfert des données vers un pays tiers** ».

8 - SECURITE DES TRAITEMENTS ET DES DONNEES

Veillez 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. -----

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) : -----

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 ? -----

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 préciser) : -----

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 transferts, de communication, de stockage et d'archivage, etc.) ? -----

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

Oui (*veuillez préciser*) : -----

Non (*veuillez préciser*) : -----

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

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 : -----

Veillez préciser le rôle du ou (des) sous-traitant (s) : -----

Veillez préciser, le cas échéant, l'ensemble des intervenants au traitement des données collectées :

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

9 - DROITS DES PERSONNES DONT LES DONNEES SONT TRAITEES

9.1 - MOYENS PRIS POUR INFORMER LES INTERESSES DE LEURS DROITS

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.

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) : -----

9.2 - 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) : ----- | |

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 : -----

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.) : -----

9.3 - 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 :

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

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

Tél : ----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

9.4 - 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 :

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

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

Tél : ----- Fax : -----

Adresse électronique : -----

10 – AUTRES RENSEIGNEMENTS (S'IL Y A LIEU)

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, 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.