

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, d'une interconnexion, veuillez remplir le formulaire portant demande d'autorisation.*

**Si ces traitements font l'objet d'un transfert à l'étranger veuillez remplir l'annexe transfert de données vers un pays étranger.*

SECTEUR PUBLIC SECTEUR PRIVE

DECLARATION <input type="checkbox"/> Première demande : <input type="checkbox"/> Modification : N° RDM : <input type="checkbox"/> Suppression : N° RDS :	CADRE RESERVE A LA CIL Reçu le N° RD : Date de réception :/...../.....
--	--

RD : RECEPISSE DE DECLARATION RDS : RECEPISSE DE DECLARATION A SUPPRIMER RDM : RECEPISSE DE DECLARATION A MODIFIER

(Veuillez remplir les parties correspondantes à votre situation)

1 - IDENTITE DU RESPONSABLE DU TRAITEMENT

1.1 Nom, (Prénom) ou raison sociale :

RCCM :

Secteur d'activité :

Adresse :

Boite Postale : Ville :

Tél : Adresse électronique :

1.2 Personne à contacter par la CIL en cas de besoin (DPO) :

Nom et prénom :

Fonction/ Qualité:

Tél : Adresse électronique :

1.3 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 et prénom :

Adresse :

Tél : Adresse électronique :

2 - INTITULE DU TRAITEMENT

2.1 Dénomination du traitement envisagé :

.....

2.2 Date de mise en œuvre du traitement :/...../.....

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 :

- | | |
|---|--|
| <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 :

.....

.....



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 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 Burkina Faso ?

Oui Non

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

Nom et Prénom/ raison sociale :

Adresse complète :

4.5.2 Veuillez préciser, s'il y a lieu, le texte légal 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 auprès de la Commission de l'Informatique et des Libertés (CIL)

:

Oui (*Veuillez préciser*) :

.....

Non (*Veuillez préciser*) :

.....

5- SOUS-TRAITANCE

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

Si vous cochez Non, passez directement au point 6.

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

Oui Non

Nom et Prénom/ raison sociale du sous-traitant n° 1 :

Adresse :

Nom et Prénom/ raison sociale du sous-traitant n° 2 :

Adresse :

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

.....

6 - SECURITE DES DONNEES

6.1 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.....

Mme / M.....

Mme / M.....

6.2 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) :

.....

6.3 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 ?

.....

.....

6.4 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 (*Veillez préciser*) :
-
- Non (*Veillez préciser*) :
-

6.5 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.) ?

.....

.....

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

- Oui (*Veillez préciser*) :
-
- Non (*Veillez préciser*) :
-

7 - DROITS DES PERSONNES DONT LES DONNEES SONT TRAITÉES

7.1 - Moyens pris pour informer les intéressés de leurs droits (*veillez 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 (<i>Veillez préciser</i>) : | |

Vous ne pouvez pas informer les personnes concernées (*veillez préciser les raisons*) :

7.2 – EXERCICE DES DROITS DES PERSONNES

7.2.1 Moyens pris pour l'exercice des droits des personnes (accès, opposition, rectification, suppression) 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 (<i>Veillez préciser</i>) : | |

7.2.2 Indiquez les coordonnées de la personne, du service ou de l'organisme auprès duquel s'exercent les droits :

- Déclarant lui-même Autres (*Veillez préciser*)

Nom et Prénom/raison sociale :

Fonction de la personne :

8 - Engagement et signature du responsable du traitement de l'organisme déclarant

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 pour l'instruction des dossiers par la Commission de l'Informatique et des Libertés. Elles sont destinées exclusivement aux membres et services de ladite Commission. Vous pouvez exercer vos droits (accès, rectification, opposition ou suppression) en envoyant un courrier électronique à l'adresse suivante : infos@cil.bf ou en appelant au (00226) 25376104 / 05