



## FORMULAIRE DE DECLARATION NORMALE

La loi n°1/2011 du 25 septembre 2011 relative à la protection des données à caractère personnel fait obligation de déclarer et de soumettre à l'avis ou à l'autorisation de la Commission Nationale pour la Protection des Données à Caractère Personnel, tout traitement comportant des informations nominatives, préalablement à sa mise en œuvre. Le formulaire doit être adressé par voie électronique ou postale ou encore déposé au Bureau d'enregistrement de la Commission, contre remise d'une attestation de dépôt.

Déclaration	Cadre réservé à la CNPDCP
Première déclaration <input type="checkbox"/>	Reçu le : .....
Déclaration de modification <input type="checkbox"/>	N° d'enregistrement : .....
Déclaration de suppression <input type="checkbox"/>	Récépissé délivré le : .....
Merci de rappeler le numéro d'enregistrement du traitement que vous souhaitez modifier ou supprimer: <input type="text"/>	

### I. IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT

Personne Physique <input type="checkbox"/>	Personne Morale <input type="checkbox"/>
Nom/Raison sociale : .....	
Prénom/Sigle : .....	
Adresse complète : .....	
Boîte postale : ..... Ville : .....	
Activité:.....	
N° d'enregistrement : .....	
N° autorisation/récépissé de la CNPDCP : .....	
Tél fixe : .....Tél mobile : .....	
E-mail : .....	
<b>Personne à contacter par la CNPDCP en cas de besoin</b>	
Nom(s) et Prénom(s):.....Qualité : .....	
Nature Pièce d'identité:.....N° Pièce d'identité : .....	
Nationalité : .....E-mail : .....	
Tél fixe:.....Tél mobile:.....	

**Le Responsable du traitement est-il établi au Gabon?**  
 Oui (Merci de ne pas remplir la section II)  Non (Compléter la section II)

**II. IDENTIFICATION DU REPRESENTANT AU GABON ( à ne remplir uniquement qu'en cas de changement).**

Personne Physique

Personne Morale

Nom/Raison sociale:.....

Prénom/Sigle:.....

Adresse complète : .....

Boite postale:..... Ville:.....

Activité:.....

N° RCCM:..... N° Statistique:.....

Tél fixe:.....Tél mobile:.....

E-mail:.....

**Le Responsable de traitement assure-t-il lui-même le traitement?**

Oui (Merci de ne pas remplir la section III)

Service ou organigramme chargé de la mise en œuvre du traitement :.....

.....

Non (Compléter la section III)

**III. IDENTIFICATION DU SOUS-TRAITANT OU DU TIERS( à ne remplir uniquement qu'en cas de changement).**

Personne Physique

Personne Morale

Nom/Raison sociale:.....

Prénom/Sigle:.....

Adresse complète : .....

Boite postale:..... Ville:.....

Activité:.....

N° RCCM:..... N° Statistique:.....

Tél fixe: ..... Tél mobile:.....

E-mail:.....

## IV. CARACTERISTIQUES DU TRAITEMENT

Traitement manuel

Traitement automatisé

**Dénomination du traitement :** .....

**Finalité du traitement:**

- |                                                   |                                                       |                                                |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gestion du personnel     | <input type="checkbox"/> Recherche scientifique       | <input type="checkbox"/> Enquête statistique   |
| <input type="checkbox"/> Gestion des clients      | <input type="checkbox"/> Etude marketing              | <input type="checkbox"/> Analyse de marché     |
| <input type="checkbox"/> Gestion des fournisseurs | <input type="checkbox"/> Sécurité et contrôle d'accès | <input type="checkbox"/> Gestion des étudiants |
| <input type="checkbox"/> Suivi comptable          | <input type="checkbox"/> Suivi des patients           | <input type="checkbox"/> Service public        |
| <input type="checkbox"/> Autres:.....             |                                                       |                                                |

**Catégorie(s) des personnes concernées par le traitement:**

- |                                           |                                    |                                   |
|-------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Employés         | <input type="checkbox"/> Usagers   | <input type="checkbox"/> Patients |
| <input type="checkbox"/> Etudiants/Elèves | <input type="checkbox"/> Adhérents | <input type="checkbox"/> Clients  |
| <input type="checkbox"/> Fournisseurs     | <input type="checkbox"/> Abonnés   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Autres:.....     |                                    |                                   |

**Nombre approximatif des personnes concernées :** .....

**Caractéristiques et fonctionnalités du système:**.....

**Justification du traitement:**

- Consentement de la ou des personnes concernées
- Respect d'une obligation légale à laquelle est soumis le Responsable du traitement ou son Représentant
- Motif d'intérêt public
- Exécution d'un contrat ou de mesures précontractuelles avec la personne concernée
- Réalisation d'un intérêt légitime poursuivi par le responsable du traitement ou son représentant ou par le destinataire et qui ne méconnaît ni l'intérêt, ni les droits et libertés fondamentaux de la personne concernée.

**Outils employés pour la collecte des données:**

- |                                              |                                            |                                               |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Formulaire papier   | <input type="checkbox"/> Interview directe | <input type="checkbox"/> Système électronique |
| <input type="checkbox"/> Système biométrique |                                            |                                               |
| <input type="checkbox"/> Autres:.....        |                                            |                                               |

**Date de mise en œuvre du traitement (Jour/Mois/Année):**...../..... / 20.....

## V. TRANSFERT DES DONNEES A L'ETRANGER

**Les données traitées sont-elles transférées vers un pays étranger?**

- Oui (Merci de remplir préalablement le formulaire relatif au transfert des données vers un pays étranger avant d'exécuter cette opération).
- Non

## VI. CATEGORIES DES DONNEES COLLECTEES

Catégories d'informations		Origine des données	Destinataire des données	Durée de conservation des données
Identification des personnes concernées	Noms et Prénoms			
	Situation familiale			
	Adresse et coordonnées			
	Date et lieu de naissance			
	Adresse électronique			
	N° Téléphone			
	Données biométriques			
	Photos			
	Autres			
Données professionnelles	Curriculum Vitae			
	Formations/Diplômes			
	Expérience professionnelle			
	Autres			

Catégories d'informations		Origine des données	Destinataire des données	Durée de conservation des données
Situation financière	Informations bancaires			
	Revenus			
	Dettes			
	N° de carte bancaire			
	Autres			
Données sensibles	Origine raciale ou ethnique			
	Opinions politiques			
	Convictions religieuses ou philosophiques			
	Appartenance syndicale			
	Données de santé			
	Données génétiques			
	Infractions et condamnations			
	Mesures de sécurité			
	N° de Pièce d'identité			
	Autres			

**VII. INFORMATION ET CONSENTEMENT DES PERSONNES CONCERNEES**

**Les personnes concernées sont-elles informées de l'enregistrement et du traitement des données les concernant?**

Oui
  Non

Si oui, indiquer la méthode de consentement : .....

.....

.....

## VIII. DROITS DES PERSONNES CONCERNEES

Les personnes concernées sont-elles informées des caractéristiques du traitement mentionnées à l'article 7 de la loi n°001/2011 du 25 septembre 2011 relative à la protection des données à caractère personnel, de leurs droits d'accès, de rectification et d'opposition, ainsi que de leurs droits d'accès aux informations? Oui  Non

Si oui, l'information des personnes concernées est assurée par:

- |                                                              |                                                |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Affichage                           | <input type="checkbox"/> Document spécifique   |
| <input type="checkbox"/> Mention sur le document de collecte | <input type="checkbox"/> Courrier électronique |
| <input type="checkbox"/> Courrier postal                     | <input type="checkbox"/> Site internet         |
| <input type="checkbox"/> Autres:.....                        |                                                |

Si non, préciser les raisons: .....

### Mesures mises en place pour faciliter l'exercice du droit d'accès aux informations:

- |                                          |                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Accès en ligne  | <input type="checkbox"/> Courrier électronique |
| <input type="checkbox"/> Site internet   | <input type="checkbox"/> Intranet              |
| <input type="checkbox"/> Courrier postal | <input type="checkbox"/> Mentions légales      |
| <input type="checkbox"/> Autres:.....    |                                                |

### Contact principal de la personne au sein du service ou de l'organisme auprès duquel s'exerce le droit d'accès:

Nom(s) et Prénom(s):.....Qualité:.....  
Nature Pièce d'identité:.....N° Pièce d'identité:.....  
Nationalité:..... E-mail:.....  
Tél fixe:.....Tél mobile:.....

**Délai de communication des informations en cas d'exercice du droit d'accès** (ne peut excéder un mois):.....

### Mesures mises en place pour faciliter l'exercice du droit d'opposition:

Le traitement est-il prévu par une disposition légale? Oui  Non

Si oui, préciser le texte en vigueur:.....

Si non, préciser le contact principal de la personne au sein du service ou de l'organisme auprès duquel s'exerce le droit d'opposition.

Nom(s) et Prénom(s):.....Qualité:.....  
Nature Pièce d'identité:.....N° Pièce d'identité:.....  
Nationalité:.....E-mail:.....  
Tél fixe:.....Tél mobile:.....

## Mesures mises en place pour faciliter l'exercice du droit de rectification et de suppression

Veillez préciser le contact principal de la personne au sein du service ou de l'organisme auprès duquel s'exerce le 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.

Nom(s) et Prénom(s):.....Qualité:.....

Nature Pièce d'identité:.....N° Pièce d'identité:.....

Nationalité:.....E-mail:.....

Tél fixe:.....Tél mobile:.....

**Délai de communication des informations en cas d'exercice du droit de rectification et de suppression** (ne peut excéder un mois):.....

## IX. EXPLOITATION DU TRAITEMENT

### Dénomination du service ou identité des personnes chargées de l'exploitation :

.....  
.....

Adresse complète :.....

Boite postale: ..... Ville:.....

Tél fixe:.....Tél mobile:.....

E-mail:.....

### Catégories des personnes habilitées à avoir accès aux informations, à procéder à leur consultation, modification ou mise à jour:

.....  
.....  
.....

### Le traitement fait-il l'objet de recoupement, de rapprochement, d'interconnexion ou d'une quelconque mise en relation des informations exploitées avec d'autres traitements?

Oui  Non

Si oui,

- avec d'autres services au sein de l'organisme déclarant

- avec des organismes extérieurs

- quelle est la finalité de ces opérations?.....

.....  
.....

### Le traitement fait-il l'objet de cession d'informations à des tiers? Oui Non

Si oui, à qui? Et pour quelle(s) finalité(s)?.....

.....  
.....

### Décrire, sur document annexe, le fonctionnement du traitement:

Préciser le cycle de vie des informations et de leur(s) utilisation(s). Joindre des documents explicatifs (ex. architecture, schéma des moyens techniques, copie d'écran, formulaires de collecte, etc.). Vous devriez répondre, le cas échéant, aux questions suivantes: Comment sont collectées les données? D'où proviennent-elles? Comment et sur quels types de supports parviennent-elles à l'organisme destinataire? Comment sont-elles exploitées? Par qui? Où et de quelle manière sont-elles hébergées? Quel est le résultat attendu ?

### Un schéma de flux de données doit être fourni:

Si le traitement fait intervenir un portail internet, mentionner l'URL, les modalités d'accès des internautes, les règles de sécurité appliquées aux communications.

## X. MESURES DE SECURITE

Type de sécurité	Oui	Non	Commentaires
Accès physique aux locaux			
Accès physique aux équipements			
Accès aux supports de données			
Transmission des données			
Postes clients			
Réseau local			
Réseau sans fil			
Gestion des droits d'accès			
Journalisation			
Gestion de la continuité			
Clauses contractuelles			
Autres			

### **Procédure d'urgence :**

Le responsable du traitement qui le désire peut demander un traitement en urgence de sa requête.

Souhaiteriez-vous un traitement en urgence de votre demande ?  **Oui**  **Non**

Tout traitement en urgence de votre demande d'autorisation entraine des frais supplémentaires.



## ENGAGEMENT DE CONFORMITE A LA LOI ET SIGNATURE DU DEMANDEUR

- Je déclare avoir pris connaissance de la loi n°001/2011 du 25 septembre 2011 relative à la protection des données à caractère personnel.
- J'atteste que toutes les informations, objet de la présente déclaration, sont véridiques, complètes, exactes et respectent les exigences de la législation en matière de protection des données à caractère personnel.

Nom(s) et prénom(s):.....

Fonction / Qualité pour agir:.....

Adresse complète :.....E-mail:.....

Tél fixe:.....Tél mobile :.....

(Joindre un pouvoir écrit si délégation).

Fait à:.....le...../...../ 20.....

Signature et cachet

*Les réponses aux mentions figurant dans le formulaire sont obligatoires. Le défaut de réponse aura pour conséquence le renvoi de la demande au déclarant et la non délivrance du récépissé. Veuillez joindre tous les documents complémentaires nécessaires.*

**Les informations recueillies sont destinées à faire l'objet d'un traitement automatisé d'informations nominatives afin de répondre aux dispositions de la loi n°001/2011 du 25 septembre 2011 relative à la protection des données à caractère personnel. Elles sont destinées exclusivement aux membres et services de ladite Commission et au public désireux de s'informer de l'existence d'un fichier dans les conditions prévues à l'article 10 de la loi n°001/2011 du 25 septembre 2011. Vous pouvez exercer vos droits (accès, rectification, opposition ou suppression) en vous adressant à la Commission Nationale pour la Protection des Données à Caractère Personnel : Siège social : Immeuble S.C.I. Plage océan, quartier kalikak BP : 23859 Libreville - Tél : +241 01 44 31 44/+241 01 44 31 43. Adresse : Site web : [www.cnpdcp.ga/](http://www.cnpdcp.ga/) E-mail : [cnpdcp@yahoo.com](mailto:cnpdcp@yahoo.com) Face à l'entrée de service de l'Hôtel Park'inn Radissonn Blu.**

*Toute fausse déclaration, omission, réticence ou inexactitude, sur des renseignements importants dans le but d'obtenir la présente autorisation entraîne sa nullité et des poursuites administratives et pénales conformément aux textes en vigueur.*