



| | | |
|--------------------------|----------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | A | DEMANDE D'AVIS |
| <input type="checkbox"/> | D | DECLARATION ORDINAIRE |
| <input type="checkbox"/> | S | DECLARATION SIMPLIFIEE |
| <input type="checkbox"/> | M | DECLARATION DE MODIFICATION |
| <input type="checkbox"/> | X | DECLARATION DE SUPPRESSION |

| |
|--------------------------------|
| Cadre réservé à la CNIL |
| |
| |
| |
| N° d'enregistrement |

**Déclaration d'un traitement automatisé
d'informations nominatives**

| | | | | | | |
|-----------|---|---|------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | Le traitement relève-t-il à votre avis de l'article 15 de la loi du 6.1.78 ? | | OUI | <input type="checkbox"/> | 1 | |
| | | | NON | <input type="checkbox"/> | 2 | |
| 2 | N° SIREN | Code APE | | | | |
| 3 | N° d'enregistrement du traitement A rappeler par l'utilisateur en cas de modification ou suppression | | | | | |
| 4 | ORGANISME DECLARANT (Art. 19) | | | | | |
| | Nom ou raison sociale | | | | | |
| | Nom usuel ou sigle | | | | | |
| | Adresse complète | | | | | |
| | | Téléphone () | | | | |
| 5 | SERVICE CHARGE DE LA MISE EN ŒUVRE DU TRAITEMENT* | | | | | |
| | Nom | | | | | |
| | Adresse complète | | | | | |
| | | Téléphone () | | | | |
| 6 | DENOMINATION DU TRAITEMENT – APPLICATION | POPULATION CONCERNEE | | | | |
| | (s'il y a lieu) | (nombre approximatif) | | | | |
| 7 | FINALITE PRINCIPALE DU TRAITEMENT* | | | | | |
| | | | | | | |
| | Année de mise en oeuvre | | | | | |
| 8 | SERVICE AUPRES DUQUEL S'EXERCE LE DROIT D'ACCES* | | | | | |
| | Nom | | | | | |
| | Adresse complète | | | | | |
| | | Téléphone () | | | | |
| | Eventuellement nom générique des établissements décentralisés | | | | | |
| 9 | N° de la norme simplifiée de référence (Art. 17) | N° de la déclaration du modèle type de référence | | | | |
| 10 | Le traitement donne-t-il lieu à des transferts d'informations hors de l'Union Européenne ?** | | | OUI | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | | | | NON | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 11 | En cas de déclaration simplifiée ou de déclaration de suppression | | | | | |
| | Nom du signataire | | Date | | | |
| | Fonction l'habitant à signer | | | | | |
| | Le signataire atteste que le traitement est conforme à la norme simplifiée ou au modèle type auquel il est fait référence, ou que le traitement est supprimé. Signature | | | | | |
| | 1 | | | | | |

* En cas de déclaration ordinaire ou de demande d'avis ces rubriques sont complétées par des annexes.

** Si la réponse est oui, cette rubrique est complétée par une annexe.

