



## FORMULAIRE DE DECLARATION DE TRAITEMENT

*Loi N°010-2004/AN du 20 avril 2004 portant protection des données à caractère personnel*

<b>PREMIERE DECLARATION</b>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

<b>DECLARATION DE MODIFICATION</b>	<input type="checkbox"/>																				
<b>SUPPRESSION</b>	<input type="checkbox"/>																				
Préciser dans ce cas le n° d'enregistrement du traitement que vous souhaitez modifier :																					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																					

<b>Cadre réservé à la CIL</b>																				
N° d'enregistrement																				
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																				
Date dépôt : .....																				

### I. IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DU TRAITEMENT

Personne Physique       Personne Morale

Nom / Raison sociale : .....

Prénom / Sigle : ..... Adresse : .....

Ville : ..... Pays : .....

Adresse Postale : ..... Activité: .....

N°RCCM: ..... E-mail.....

Tél(Fixe): ..... Mobile .....

Personne à contacter en cas de besoin

Nom: ..... Prénom: .....

Qualité: ..... Service .....

E-mail : ..... Tél(Fixe) : ..... Mobile : .....

## II. IDENTIFICATION DU REPRESENTANT AU BURKINA

Le Responsable du traitement est-il installé au Burkina ?

Oui (Ignorer cette section)

Non (Compléter cette section)

Personne Physique

Personne Morale

Nom / Raison sociale : .....

Prénom / Sigle : ..... Adresse : .....

Ville : ..... Pays : .....

Adresse Postale : ..... Activité: .....

N°RCCM:..... E-mail.....

Tél(Fixe):..... Mobile .....

Personne à contacter en cas de besoin

Nom:..... Prénom: .....

Qualité: ..... Service .....

E-mail :.....Tél(Fixe) :.....Mobile : .....

## III. IDENTIFICATION DU SOUS-TRAITANT OU DU TIERS

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

Oui (Compléter la partie A)

Non (Compléter la partie B)

### Partie A :

Service en charge du traitement: .....

### Partie B

Sous-traitant  Tiers :.....

Personne Physique

Personne Morale

Nom / Raison sociale : .....

Prénom / Sigle : ..... Adresse : .....

Ville : ..... Pays : .....

Adresse Postale : ..... Activité: .....

N°RCCM:..... E-mail.....

Tél(Fixe):..... Mobile .....

#### IV. LISTE DES TRAITEMENTS

N°	DENOMINATIONS

**NB :** *Pour chaque traitement listé, veuillez remplir la fiche « Traitement »*

**V. SIGNATURE DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT OU SON REPRESENTANT**

Je soussigné(e),.....en ma qualité de....., reconnais avoir pris connaissance de la Loi n°010-2004 / AN du 20 avril 2004 portant protection des données à caractère personnel 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.

Fait à : ....., le .....

Signature et cachet:

Le récépissé de la présente déclaration est obligatoirement expédié au signataire.

**NB**

*Aux termes de l'art. 37 b. de la Loi n°010-2004/AN du 20 Avril 2004 portant protection des données à caractère personnel, la CIL peut procéder à un contrôle de conformité des déclarations.*