

Autorité de protection des données à caractère personnel

DEMANDE DE TRANSFERT DE DONNEES HORS ESPACE CEDEAO

Loi N°2013-450 du 19 juin 2013 relative à la protection des données à caractère personnel

Autorité de protection des données à caractère personnel

I- IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DE TRAITEMENT

Personne Physique <input type="checkbox"/>	Personne Morale <input type="checkbox"/>
Nom/Raison sociale:..... Prénom/Sigle:.....	
Adresse : Commune:.....	
Ville :.....	Pays :..... Code activité.....
Activité :.....	
N°RC :.....	Juridiction :..... Email :.....
Tel:.....	Cel :..... Fax :.....

[Représentant légal]		
Nom.....	Prénom :.....	Qualité :.....
Pièce d'Identité : CNI : <input type="checkbox"/>	Passeport <input type="checkbox"/>	Autre :..... N°Pièce d'identité :.....
Nationalité:.....	Email:.....	
Tél :.....	Cel :.....	Fax :.....

[Personne communiquant les données]		
Nom.....	Prénom :.....	Qualité :.....
Pièce d'Identité : CNI <input type="checkbox"/>	Passeport <input type="checkbox"/>	Autre :..... N°Pièce d'identité :.....
Nationalité:.....	Email:.....	
Tél :.....	Cel :.....	Fax :.....

[Contact Principal]		
Nom.....	Prénom :.....	Qualité :.....
Pièce d'Identité : CNI <input type="checkbox"/>	Passeport <input type="checkbox"/>	Autre :..... N°Pièce d'identité :.....
Nationalité:.....	Email:.....	
Tél :.....	Cel :.....	Fax :.....

Autorité de protection des données à caractère personnel

II- IDENTIFICATION DU DESTINATAIRE DES DONNEES

(Si les données sont transmises vers plusieurs destinataires, remplir un formulaire par destinataires.)

Personne Physique <input type="checkbox"/>	Personne Morale <input type="checkbox"/>	
Nom/Raison sociale:.....	Prénom/Sigle:.....	
Adresse :	Commune:.....	
Ville :.....	Pays :.....	Code activité.....
Activité :.....		
N°RC :.....	Juridiction :.....	Email :.....
Tel:.....	Cel :.....	Fax :.....

[Représentant légal]			
Nom.....	Prénom :.....	Qualité :.....	
Pièce d'Identité : CNI : <input type="checkbox"/>	Passeport <input type="checkbox"/>	Autre :.....	N°Pièce d'identité :.....
Nationalité:.....	Email:.....		
Tél :.....	Cel :.....	Fax :.....	

[Contact Principal]			
Nom.....	Prénom :.....	Qualité :.....	
Pièce d'Identité : CNI <input type="checkbox"/>	Passeport <input type="checkbox"/>	Autre :.....	N°Pièce d'identité :.....
Nationalité:.....	Email:.....		
Tél :.....	Cel :.....	Fax :.....	

Type de destinataire Succursales Siège Client Sous-traitant
 Fournisseurs Autres.....

Le pays destinataire des données dispose-t-il d'une autorité de contrôle de la protection des données ?

Oui Non

Autorité de protection des données à caractère personnel

Si oui, indiquer, le cas échéant, le numéro de déclaration/autorisation du traitement envisagé dans le pays de destination :

Déclaration Autorisation N° :

III- DESCRIPTION DU FICHIER TRANSFERE

- 1- Nom du fichier
.....
- 2- Descriptif du fichier.....
- 3- Nombre approximatif de personnes concernées :
- 4- Le mode de transfert :
- 5- Finalité du transfert :
- 6- Fréquence de transfert :
- 7- Date du premier transfert :
- 8- Caractéristique des traitements effectués en Côte d'Ivoire :

Dénomination du traitement	N° Récépissé	N° Autorisation
1.....
2.....
3.....
4.....

IV- CONSENTEMENT DES PERSONNES CONCERNEES

Avez – vous recueilli le consentement des personnes concernées ?

Oui Non Si oui, précisez :

Formulaire de recueil du consentement Conditions générales d'utilisation

Autorité de protection des données à caractère personnel

Sms, e – mail

Contrat

Autres (précisez) :

V- CARACTERISTIQUES DU TRAITEMENT EFFECTUE PAR LE DESTINATAIRE

Autorité de protection des données à caractère personnel

	Catégorie d'information	Catégorie des personnes concernées	Origine des données	Destinataires des données	Finalité du traitement	Durée du traitement
	<input type="checkbox"/> Nom et prénom	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____ _____ _____	
	<input type="checkbox"/> Adresse	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____ _____ _____	
	<input type="checkbox"/> Date et lieu de naissance	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____ _____ _____	
	<input type="checkbox"/> N° de Tél	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____ _____ _____	
	<input type="checkbox"/> Email	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____ _____ _____	
	<input type="checkbox"/> N° CNI	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____ _____ _____	
	<input type="checkbox"/> Photo	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> Autres _____	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____ _____ _____		
COMP	<input type="checkbox"/> Habitude de consommation	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____ _____ _____	

Autorité de protection des données à caractère personnel

	<input type="checkbox"/>	Localisation géographique	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Mode de vie	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Loisirs	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Autres : _____	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
DONNEES PROFESSIONNELLES	<input type="checkbox"/>	CV	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Formation diplômes	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Expérience	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Autres _____	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
SITUATION	<input type="checkbox"/>	Informations bancaires	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Revenus	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____

Autorité de protection des données à caractère personnel

	<input type="checkbox"/>	Dettes	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	N° Carte bancaire	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Autres : _____	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
DONNEES SENSIBLES	<input type="checkbox"/>	Origine raciale ou ethnique	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Opinion politique	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Conviction religieuse ou philosophique	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Appartenance syndicale	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Donnée de santé	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Donnée génétique	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
	<input type="checkbox"/>	Données relatives aux infractions et aux condamnations	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____

Autorité de protection des données à caractère personnel

<input type="checkbox"/>	Données relatives aux mesures de suretés	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Données biométriques	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	Autres _____ _____	<input type="checkbox"/> Client <input type="checkbox"/> Prospects <input type="checkbox"/> Fournisseurs <input type="checkbox"/> Patients <input type="checkbox"/> Etudiants <input type="checkbox"/> Abonnés <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> La personne concernée <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sous-traitant <input type="checkbox"/> Administration <input type="checkbox"/> Succursales <input type="checkbox"/> Etablissement financier <input type="checkbox"/> Service de santé <input type="checkbox"/> Autre _____	_____	_____

Autorité de protection des données à caractère personnel

VI- TRANSFERT VERS UN PAYS N'ASSURANT PAS UNE PROTECTION SUFFISANTE DE LA VIE PRIVEE (Prière de signaler le cas précis de dérogation que vous invoquez à l'appui de votre demande)

1- Le transfert est nécessaire

- à la sauvegarde de la vie de la personne concernée.
- à la prévention de l'intérêt public.
- au respect d'obligation permettant d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense d'un droit en justice.
- à l'exécution d'un contrat entre le responsable du traitement et l'intéressé, ou des mesures précontractuelle prises à la demande de celui-ci.
- à la conclusion ou à l'exécution d'un contrat conclu ou à conclure entre le responsable du traitement et un tiers.
- à l'exécution d'une mesure d'entraide judiciaire internationale.
- à la prévention, le diagnostic ou le traitement d'affection médicale.

2- Le transfère s'effectue en application d'un accord bilatéral ou multilatéral auquel la Côte d'Ivoire est partie.

3- Le traitement garantit un niveau de protection suffisant de la vie privée ainsi que des libertés et droit fondamentaux des personnes, notamment en raison des clauses contractuelles ou règles internes dont il fait l'objet et, pour lequel nous sollicitons une autorisation expresse et motivée de l'ARTCI. (prière de joindre en annexe les clauses contractuelles ou règles internes du traitement)

VII- SECURITE DES TRANSFERTS

Type de sécurité	Oui	Non	Comment
Authentification des destinataires Contrôle d'identité, VPN...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intégrité des données : Mesure de sécurité au niveau du canal de transmission...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Clause contractuelles : sécurité des données, droit d'accès, audit...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Destruction des données non utilisées : Engagement du destinataire, contrôle sur site...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Confidentialité des données : droit d'accès et des profils, login et mot de passe...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contrôle de l'accès : protection physique des locaux et des équipements...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chiffrement de la communication : VPN, certificat électronique...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cryptage ou codage des données : algorithmes, logiciel de cryptage, anonymisation....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Autorité de protection des données à caractère personnel

VIII- SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

Je , soussigné(e) _____
en ma qualité de _____,
reconnais avoir pris connaissance de la Loi n°2013-450 du 19 juin 2013 relative à la protection des données à caractère personnel et de tous ses textes d'application, atteste que toutes les informations, objet de la présente demande, sont complètes et exactes et certifie que les traitements de données sont conformes à ladite loi.

Fait à _____ le _____

Signature et cachet