

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU REGISTRE NATIONAL

VOLET A - Données d'identification relatives au demandeur :

I. Organisme :

| | |
|-----------------------------|--|
| Nom | |
| Adresse | |
| Code Postal | |
| Commune | |
| Téléphone | |
| Adresse courriel (générale) | |

II. Adresse de facturation :

| | |
|-----------------------------|--|
| Nom | |
| Adresse | |
| Code Postal | |
| Commune | |
| Téléphone | |
| Adresse courriel (générale) | |

A remplir si différent de I.

III. Délibération de la Commission de la vie privée :

| | |
|-----------|--|
| Référence | |
| Date | |

IV. Conseiller en sécurité de l'information :

| | |
|-----------------------------|--|
| Nom | |
| Adresse* | |
| Code Postal* | |
| Commune* | |
| Téléphone | |
| Adresse courriel (générale) | |

** si différent de I.*

V. Responsable au niveau de l'organisme :

| | |
|-----------------------------|--|
| Nom | |
| Numéro national | |
| Numéro de Carte d'identité | |
| Adresse* | |
| Code Postal* | |
| Commune* | |
| Téléphone | |
| Adresse courriel (générale) | |

* si différent de l

Au sens administratif et juridique, supervise les personnes ayant le droit d'accès.

C'est également la personne qui est habilitée à ajouter ou supprimer des personnes sur la liste d'accès existante (voir volet C).

VI. Personnes autorisées à accéder

| Nom | Numéro d'identification RN | Numéro de Carte d'identité | Mises à jour (*) | Consultations (*) | Courrier électronique (*) |
|-----|----------------------------|----------------------------|------------------|-------------------|---------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(*) **Uniquement d'application pour les communes: indiquer quelles transactions peuvent être exécutées par l'intéressée.**

VII. Personnes autorisées à appeler le Call-center

| Nom | Numéro d'identification RN | Numéro de Carte d'identité |
|-----|----------------------------|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Souvent, cette liste VI. Correspond à la liste du point V. Si c'est le cas, indiquer « identique au point V. » Sinon compléter.

VIII. Sous-traitant pour l'organisme :

| | |
|-----------------------------|--|
| Nom | |
| Adresse | |
| Code Postal | |
| Commune | |
| Téléphone | |
| Adresse courriel (générale) | |

En général, il s'agira d'une firme informatique. Ne pas compléter si pas d'application

IX. Responsable chez le sous traitant (spécifié en VII.) :

| | |
|-----------------------------|--|
| Nom | |
| Téléphone | |
| Adresse courriel (générale) | |

X. Personnes autorisées du sous-traitant :

| Nom | Numéro national | Numéro de Carte d'identité |
|-----|-----------------|----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

En général, il s'agira de développeurs de programmes informatiques.

XI. Signature :

| Date | Nom + signature du responsable ou du président au niveau de l'organisme |
|------|---|
| | |