

Démarche	: Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)
Organisme	: Health Data Hub

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

## Formulaire

"Ce formulaire vous permet de soumettre au HDH votre projet si ce dernier mobilise des données à caractère personnel et nécessite une autorisation de la Cnil.

Il permet de recueillir des éléments caractérisant votre projet et les documents associés. Ces derniers seront ensuite instruits par le secrétariat unique assuré par le Health Data Hub puis transmis pour avis au CESREES, avant dépôt à la CNIL pour autorisation.

Point d'attention : le format, la taille et la structure de ces documents doivent être respectés pour que le dossier puisse être instruit puis transmis au CESREES. Pour plus d'information, nous vous invitons à consulter notre starter-kit qui liste ces pièces (<https://www.health-data-hub.fr/starter-kit>).

Vous n'êtes toutefois pas concerné :

Si votre projet mobilise des données de santé : mais qu'il relève d'une méthodologie de référence. Avant leur mise en oeuvre, ces projets doivent faire l'objet :

d'un engagement de conformité sur le site de la CNIL (<https://www.cnil.fr/fr/declarer-un-fichier>)  
puis d'un enregistrement sur le répertoire public du Health Data Hub (<https://www.health-data-hub.fr/depot>).

Ou qu'il implique la personne humaine.

Pour plus d'informations sur les procédures d'accès aux données, nous vous invitons à consulter le guide sur les procédures d'accès aux données (<https://fr.calameo.com/read/0067478702cca8f7ce4f0?view=slide&page=1>).

N'hésitez pas à poser vos questions sur notre forum (<https://entraide.health-data-hub.fr>) ou en écrivant à [hdh@health-data-hub.fr](mailto:hdh@health-data-hub.fr).

Vous pouvez aussi consulter notre site internet (<https://www.health-data-hub.fr>) où un ensemble de supports sont mis à votre disposition pour vous accompagner dans vos démarches."

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

**Titre complet de la recherche, étude, évaluation**  
**Titre**

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

## Titre du projet à destination du public

Titre

## Titre du projet à destination du public

Titre

## Titre du projet à destination du public

## Objectif(s) de la recherche et intérêt pour la santé publique

### La recherche porte sur la finalité suivante

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Information sur la santé ainsi que sur l'offre de soins
- Définition, mise en œuvre et évaluation des politiques de santé et de protection sociale
- Connaissance des dépenses de santé
- Information des professionnels de santé et des établissements de santé sur leur activité
- Surveillance, veille et sécurité sanitaires
- Recherche, étude, évaluation

### La recherche porte sur le ou les objectif(s) suivant(s)

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Diagnostics
- Prévention et traitement
- Prise en charge des patients
- Sécurité des patients
- Organisation des établissements de santé

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- Politiques publiques de santé
- Compréhension des maladies
- Autre

### La recherche porte sur le ou les domaine(s) médical(aux) suivant(s)

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Allergologie
- Anatomie cytologie
- Anesthésiologie-Réanimation
- Biologie
- Cancérologie
- Cardiologie
- Déficiences et handicaps
- Dermatologie, vénérologie
- Endocrinologie et métabolisme
- Gastro-entérologie et hépatologie
- Gériatrie
- Gynécologie obstétrique
- Hématologie
- Immunologie
- Maladies infectieuses
- Maladies rares
- Médecine interne
- Médecine générale
- Médecine du travail
- Médecine d'urgence
- Médecine nucléaire
- Médecine physique et de réadaptation
- Neurologie
- Odontologie
- Oto-rhino-laryngologie
- Ophtalmologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychologie et psychiatrie

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- Radiologie et imagerie médicale
- Rhumatologie
- Traumatologie
- Urologie, andrologie et néphrologie

**Décrivez brièvement l'intérêt pour la santé publique de votre projet, les objectifs poursuivis, les éléments de méthode et la population d'étude**

## Données

### Catégorie des données utilisées

#### **Choisir la ou les catégorie(s) pertinente(s) parmi les suivantes**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Informations relatives aux bénéficiaires de soins et de prestations médico-sociales
- Informations relatives à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et financière associées à chaque bénéficiaire
- Informations relatives aux pathologies des personnes concernées
- Informations recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social
- Informations relatives aux conditions sociales, environnementales, aux habitudes de vie et au contexte socio-économique des personnes concernées
- Informations médico-sociales relatives à la situation des personnes en situation de handicap
- Autre

### Préciser les autres catégories de données utilisées

#### **Choisir la ou les catégorie(s) pertinente(s) parmi les suivantes**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Informations relatives aux bénéficiaires de soins et de prestations médico-sociales
- Informations relatives à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et financière associées à chaque bénéficiaire
- Informations relatives aux pathologies des personnes concernées
- Informations recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social
- Informations relatives aux conditions sociales, environnementales, aux habitudes de vie et au contexte socio-économique des personnes concernées
- Informations médico-sociales relatives à la situation des personnes en situation de handicap
- Autre

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

## Préciser les autres catégories de données utilisées

### Choisir la ou les catégorie(s) pertinente(s) parmi les suivantes

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Informations relatives aux bénéficiaires de soins et de prestations médico-sociales
- Informations relatives à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et financière associées à chaque bénéficiaire
- Informations relatives aux pathologies des personnes concernées
- Informations recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social
- Informations relatives aux conditions sociales, environnementales, aux habitudes de vie et au contexte socio-économique des personnes concernées
- Informations médico-sociales relatives à la situation des personnes en situation de handicap
- Autre

## Préciser les autres catégories de données utilisées

### Sources de données utilisées

#### Préciser les sources de données mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Base principale du SNDS
- Base du catalogue SNDS
- Autres sources

#### Préciser les composantes de la base principale du SNDS mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- DCIR
- PMSI
- Causes médicales de décès
- Données médico-sociales des maisons départementales des personnes handicapées
- SI-DEP
- Vaccin-COVID
- ESND
- Datamarts

#### Préciser les bases du catalogue SNDS mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- OSCOUR

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

e-SIS

MEMENTO

BNDMR

ESME

ATU

e-must

MDO

HEPATHER

EPICOV

ARAC

DeepSarc

TARPON

P4DP

ISIS

Cohorte Integra

Precision Predict

REALIGIST

UroCCR

SEDAAR

APSOREN

APRIORICS

### Préciser les autres sources de données mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Dossiers Médicaux

Registre(s)

Cohorte(s)

Enquête(s)

Base(s) de suivi/surveillance

Base(s) médico-administrative(s)

Données issues de dispositifs médicaux

Données issues d'objets médicaux connectés (hors dispositifs médicaux) ou d'outils digitaux (smartphone)

Base(s) issues d'essais cliniques

Autre(s)

**Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)****Préciser si un appariement entre les différentes sources de données mobilisées est réalisé**

Cochez la mention applicable

 Oui Non**Si oui, merci de préciser les sources de données appariées le cas échéant****Préciser le type d'appariement**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

 Appariement direct avec utilisation du NIR Appariement direct avec reconstitution du NIR (circuit CNAV) Appariement indirect**Préciser les sources de données mobilisées**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

 Base principale du SNDS Base du catalogue SNDS Autres sources**Préciser les composantes de la base principale du SNDS mobilisées**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

 DCIR PMSI Causes médicales de décès Données médico-sociales des maisons départementales des personnes handicapées SI-DEP Vaccin-COVID ESND Datamarts**Préciser les bases du catalogue SNDS mobilisées**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

 OSCOUR e-SIS MEMENTO BNDMR ESME ATU e-must

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- MDO
- HEPATHER
- EPICOV
- ARAC
- DeepSarc
- TARPON
- P4DP
- ISIS
- Cohorte Integra
- Precision Predict
- REALIGIST
- UroCCR
- SEDAAR
- APSOREN
- APRIORICS

### Préciser les autres sources de données mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Dossiers Médicaux
- Registre(s)
- Cohorte(s)
- Enquête(s)
- Base(s) de suivi/surveillance
- Base(s) médico-administrative(s)
- Données issues de dispositifs médicaux
- Données issues d'objets médicaux connectés (hors dispositifs médicaux) ou d'outils digitaux (smartphone)
- Base(s) issues d'essais cliniques
- Autre(s)

### Préciser si un appariement entre les différentes sources de données mobilisées est réalisé

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

Si oui, merci de préciser les sources de données appariées le cas échéant

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

## Préciser le type d'appariement

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Appariement direct avec utilisation du NIR
- Appariement direct avec reconstitution du NIR (circuit CNAV)
- Appariement indirect

## Préciser les sources de données mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Base principale du SNDS
- Base du catalogue SNDS
- Autres sources

## Préciser les composantes de la base principale du SNDS mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- DCIR
- PMSI
- Causes médicales de décès
- Données médico-sociales des maisons départementales des personnes handicapées
- SI-DEP
- Vaccin-COVID
- ESND
- Datamarts

## Préciser les bases du catalogue SNDS mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- OSCOUR
- e-SIS
- MEMENTO
- BNDMR
- ESME
- ATU
- e-must
- MDO
- HEPATHER
- EPICOV
- ARAC
- DeepSarc
- TARPON
- P4DP

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- ISIS
- Cohorte Integra
- Precision Predict
- REALIGIST
- UroCCR
- SEDAAR
- APSOREN
- APRIORICS

### Préciser les autres sources de données mobilisées

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Dossiers Médicaux
- Registre(s)
- Cohorte(s)
- Enquête(s)
- Base(s) de suivi/surveillance
- Base(s) médico-administrative(s)
- Données issues de dispositifs médicaux
- Données issues d'objets médicaux connectés (hors dispositifs médicaux) ou d'outils digitaux (smartphone)
- Base(s) issues d'essais cliniques
- Autre(s)

### Préciser si un appariement entre les différentes sources de données mobilisées est réalisé

Cochez la mention applicable

- Oui

- Non

### Si oui, merci de préciser les sources de données appariées le cas échéant

### Préciser le type d'appariement

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Appariement direct avec utilisation du NIR
- Appariement direct avec reconstitution du NIR (circuit CNAV)
- Appariement indirect

### Variables sensibles

#### Préciser la ou les variable(s) sensible(s) utilisée(s) parmi les suivantes

**Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

 Commune de résidence de la personne étudiée Année et mois de naissance Date de soins (JJ/MM/AAAA) Date de décès (JJ/MM/AAAA) Commune de décès Aucune**Justification du recours à ces variables sensibles**

Préciser

**Utilisez-vous le numéro d'identification des professionnels de santé**

Cochez la mention applicable

 Oui Non**Justification de l'utilisation du numéro d'identification****Préciser la ou les variable(s) sensible(s) utilisée(s) parmi les suivantes**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

 Commune de résidence de la personne étudiée Année et mois de naissance Date de soins (JJ/MM/AAAA) Date de décès (JJ/MM/AAAA) Commune de décès Aucune**Justification du recours à ces variables sensibles**

Préciser

**Utilisez-vous le numéro d'identification des professionnels de santé**

Cochez la mention applicable

 Oui Non

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

## Justification de l'utilisation du numéro d'identification

### Préciser la ou les variable(s) sensible(s) utilisée(s) parmi les suivantes

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Commune de résidence de la personne étudiée
- Année et mois de naissance
- Date de soins (JJ/MM/AAAA)
- Date de décès (JJ/MM/AAAA)
- Commune de décès
- Aucune

## Justification du recours à ces variables sensibles

Préciser

## Utilisez-vous le numéro d'identification des professionnels de santé

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

## Justification de l'utilisation du numéro d'identification

## Plateforme utilisée pour le traitement des données

### Préciser la plateforme utilisée pour le traitement des données

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Portail de la CNAM
- Plateforme technologique du HDH
- Plateforme de l'ATIH
- Autre (système fils)

### Si autre, merci de préciser

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

## Acteurs financant et participant à l'étude

### Responsable(s) de traitement

#### Nombre de responsable(s) de traitement impliqué(s) dans le projet

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

01

02

03

#### Nombre de responsable(s) de traitement impliqué(s) dans le projet

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

01

02

03

#### Nombre de responsable(s) de traitement impliqué(s) dans le projet

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

01

02

03

### Responsable de traitement 1

#### Type de responsable de traitement 1

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Agence

Association de patients

Assureur

Bureau d'étude

Etablissement public de santé (dont fédération)

Etablissement privé de santé (dont fédération)

Entreprise du médicament

Acteur du dispositif médical

Start-up

INSERM

Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques

Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance

Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS

Autres universités, écoles, structures de recherches

Ministère

Autre

Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)  
Si autre, merci de préciser

Nom du responsable de traitement 1

Adresse

Code postal

Ville

Pays

**Préciser la localisation du responsable de traitement 1**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Dans l'UE

Hors UE

Représentant du responsable de traitement 1

Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 1

Adresse

Code Postal

Ville

Pays

Adresse mail du représentant du responsable de traitement 1

**Préciser si le responsable de traitement est également responsable de mise en oeuvre**

Cochez la mention applicable

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Non

### Type de responsable de traitement 1

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de traitement 1**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

### Préciser la localisation du responsable de traitement 1

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Dans l'UE

Hors UE

### Représentant du responsable de traitement 1

### Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 1

### Adresse

### Code Postal

### Ville

### Pays

### Adresse mail du représentant du responsable de traitement 1

### Préciser si le responsable de traitement est également responsable de mise en oeuvre

Cochez la mention applicable

Oui

Non

### Type de responsable de traitement 1

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Agence

Association de patients

Assureur

Bureau d'étude

Etablissement public de santé (dont fédération)

Etablissement privé de santé (dont fédération)

Entreprise du médicament

Acteur du dispositif médical

Start-up

INSERM

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de traitement 1**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Préciser la localisation du responsable de traitement 1**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Dans l'UE

Hors UE

**Représentant du responsable de traitement 1**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 1**

**Adresse**

**Code Postal**

**Ville**

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Pays

Adresse mail du représentant du responsable de traitement 1

**Préciser si le responsable de traitement est également responsable de mise en oeuvre**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Responsable de traitement 2**

**Type de responsable de traitement 2**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de traitement 2**

**Adresse**

**Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Préciser la localisation du responsable de traitement 2**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Dans l'UE

Hors UE

**Préciser le représentant du responsable de traitement 2 le cas échéant**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 2**

**Adresse**

**Code Postal**

**Ville**

**Pays**

**Adresse mail du représentant du responsable de traitement 2**

**Préciser si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Type de responsable de traitement 2**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Agence

Association de patients

Assureur

Bureau d'étude

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de traitement 2**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Préciser la localisation du responsable de traitement 2**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Dans l'UE
- Hors UE

**Préciser le représentant du responsable de traitement 2 le cas échéant**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 2**

**Adresse**

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

**Code Postal**

**Ville**

**Pays**

**Adresse mail du représentant du responsable de traitement 2**

**Préciser si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Type de responsable de traitement 2**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Agence

Association de patients

Assureur

Bureau d'étude

Etablissement public de santé (dont fédération)

Etablissement privé de santé (dont fédération)

Entreprise du médicament

Acteur du dispositif médical

Start-up

INSERM

Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques

Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance

Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS

Autres universités, écoles, structures de recherches

Ministère

Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de traitement 2**

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Adresse

Code postal

Ville

Pays

## Préciser la localisation du responsable de traitement 2

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Dans l'UE

Hors UE

## Préciser le représentant du responsable de traitement 2 le cas échéant

## Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 2

Adresse

Code Postal

Ville

Pays

## Adresse mail du représentant du responsable de traitement 2

## Préciser si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## Responsable de traitement 3

### Type de responsable de traitement 3

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de traitement 3**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Préciser la localisation du responsable de traitement 3**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Dans l'UE

Hors UE

**Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)**  
**Préciser le représentant du responsable de traitement 3 le cas échéant**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 3**

**Adresse**

**Code Postal**

**Ville**

**Pays**

**Adresse mail du représentant du responsable de traitement 3**

**Préciser si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre**

Cochez la mention applicable

Oui

Non

**Type de responsable de traitement 3**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Agence

Association de patients

Assureur

Bureau d'étude

Etablissement public de santé (dont fédération)

Etablissement privé de santé (dont fédération)

Entreprise du médicament

Acteur du dispositif médical

Start-up

INSERM

Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques

Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance

Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS

Autres universités, écoles, structures de recherches

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Ministère

Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de traitement 3**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Préciser la localisation du responsable de traitement 3**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Dans l'UE

Hors UE

**Préciser le représentant du responsable de traitement 3 le cas échéant**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 3**

**Adresse**

**Code Postal**

**Ville**

**Pays**

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Adresse mail du représentant du responsable de traitement 3

Préciser si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Type de responsable de traitement 3

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Agence

Association de patients

Assureur

Bureau d'étude

Etablissement public de santé (dont fédération)

Etablissement privé de santé (dont fédération)

Entreprise du médicament

Acteur du dispositif médical

Start-up

INSERM

Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques

Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance

Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS

Autres universités, écoles, structures de recherches

Ministère

Autre

Si autre, merci de préciser

Nom du responsable de traitement 3

Adresse

Code postal

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Ville

Pays

## Préciser la localisation du responsable de traitement 3

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

Dans l'UE

Hors UE

## Préciser le représentant du responsable de traitement 3 le cas échéant

## Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 3

Adresse

Code Postal

Ville

Pays

## Adresse mail du représentant du responsable de traitement 3

## Préciser si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre

Cochez la mention applicable

Oui

Non

## Responsable(s) de mise en oeuvre

### Nombre de responsable(s) de mise en oeuvre non cité(s) comme responsable(s) de traitement

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

01

02

03

## Responsable de mise en oeuvre 1

### Type de responsable de mise en oeuvre 1

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de mise en oeuvre 1**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 1**

**Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)**  
**Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 1**

**Type de responsable de mise en oeuvre 1**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de mise en oeuvre 1**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études**

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

**Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 1**

**Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 1**

## Type de responsable de mise en oeuvre 1

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de mise en oeuvre 1**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)**

Pays

**Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 1**

**Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 1**

**Responsable de mise en oeuvre 2**

**Type du responsable de mise en oeuvre 2**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de mise en oeuvre 2**

**Adresse**

**Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 2**

**Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 2**

**Type du responsable de mise en oeuvre 2**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de mise en oeuvre 2**

**Adresse**

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 2**

**Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 2**

**Type du responsable de mise en oeuvre 2**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de mise en oeuvre 2**

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 2

Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 2

**Responsable de mise en oeuvre 3**

**Type du responsable de mise en oeuvre 3**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Si autre, merci de préciser

Nom du responsable de mise en oeuvre 3

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études

Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 3

Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 3

Type du responsable de mise en oeuvre 3

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
- INSERM
- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de mise en oeuvre 3**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 3**

**Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 3**

**Type du responsable de mise en oeuvre 3**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Agence
- Association de patients
- Assureur
- Bureau d'étude
- Etablissement public de santé (dont fédération)
- Etablissement privé de santé (dont fédération)
- Entreprise du médicament
- Acteur du dispositif médical
- Start-up
-

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
- Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigilance
- Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
- Autres universités, écoles, structures de recherches
- Ministère
- Autre

**Si autre, merci de préciser**

**Nom du responsable de mise en oeuvre 3**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études**

**Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 3**

**Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 3**

## Calendrier du projet

**Date de début**

**Date de fin**

**Durée estimée du projet**

A préciser en nombre de mois

## Destinataire(s) des données

### Nombre de destinataire(s) de données

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

01

02

03

### Destinataire de données 1

#### Nom du destinataire de données 1

#### Adresse

#### Code postal

#### Ville

#### Pays

#### Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 1

#### Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 1

#### Nom du destinataire de données 1

#### Adresse

#### Code postal

#### Ville

#### Pays

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

**Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 1**

**Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 1**

**Nom du destinataire de données 1**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 1**

**Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 1**

**Destinataire de données 2**

**Nom du destinataire de données 2**

**Adresse**

**Code postal**

**Ville**

**Pays**

**Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 2**

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 2

Nom du destinataire de données 2

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 2

Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 2

Nom du destinataire de données 2

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 2

Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 2

Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Destinataire de données 3

Nom du destinataire de données 3

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 3

Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 3

Nom du destinataire de données 3

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 3

Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 3

Nom du destinataire de données 3

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Adresse

Code postal

Ville

Pays

Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 3

Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 3

## Conservation aux fins du projet (en année)

Durée de conservation des données à caractère personnel

## Prise de décision automatisée

**Existence d'une prise de décision individuelle automatisée**

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Oui

Non

## Fondement juridique

**Article 6 du RGPD (Licéité du traitement)**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

(1)(a) consentement spécifique, éclairé et univoque

(1)(b) exécution d'un contrat auquel la personne concernée est partie

(1)(c) respect d'une obligation légale

(1)(d) sauvegarde des intérêts vitaux de la personne concernée ou d'une autre personne

(1)(e) exécution d'une mission d'intérêt public

(1)(f) intérêts légitimes du responsable de traitement

**Article 9 du RGPD (Exception permettant de traiter des données de santé)**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

(2)(a) consentement spécifique, éclairé et univoque

(2)(b) obligations et droits en matière de droit du travail, sécurité sociale et protection sociale

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

- (2)(d) activités légitimes d'une fondation, association, ou autre organisme non lucratif à une fin politique, philosophique, religieuse ou syndicale, sur ses membres et avec leur consentement
- (2)(e) données manifestement rendues publiques par la personne concernée
- (2)(f) constatation, exercice, ou défense d'un droit en justice
- (2)(g) motif d'intérêt public important, sur la base du droit de l'Union ou du droit d'un Etat membre
- (2)(h) médecine préventive ou médecine du travail
- (2)(i) intérêt public dans le domaine de la santé publique
- (2)(j) archives, recherche scientifique ou historique, ou statistiques

## Transfert de données personnelles vers un pays hors UE

### Un transfert de données personnelles vers un pays hors UE est-il envisagé ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Oui
- Non

### Si oui, merci de préciser les garanties appropriées

## Droits des personnes

### Indiquer comment les droits des articles 15 à 20 du RGPD s'appliquent

### Nouvelle option : la publication de l'information individuelle ou collective dans le répertoire public des projets

Le HDH met par ailleurs à votre disposition le répertoire public des projets pour partager les notes d'information individuelles et/ou collectives de vos projets, en complément des modalités d'information réalisées par vos soins.

Cette option vous permet de renforcer votre démarche de transparence quand au projet réalisé. Si vous souhaitez publier vos notes, merci de les charger en pièces jointes en fin de document. Elles apparaîtront ensuite sur la fiche projet correspondante.

### Souhaitez-vous publier la note d'information dans le répertoire public ?

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

## Délégué à la protection des données

### Nom de l'organisme du DPD

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Adresse

Code postal

Ville

Pays

DPD

Nom et Prénom

Adresse mail

Nom et Prénom

Adresse mail

Nom et Prénom

Adresse mail

Référent(e) dossier

Civilité

Mme

M.

Nom et Prénom

Adresse mail

Téléphone

Civilité

Mme

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

## Nom et Prénom

## Adresse mail

## Téléphone

## Civilité

Mme

M.

## Nom et Prénom

## Adresse mail

## Téléphone

## Pièces justificatives

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Résumé

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Protocole + Expression des besoins (si données de la base principale du SNDS)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 1

Si le responsable de traitement 1 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 2

Si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 3

Si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 1

Non cité comme responsable de traitement

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 2

Non cité comme responsable de traitement

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 3

Non cité comme responsable de traitement

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt responsable de mise en oeuvre

Template destiné aux Laboratoires de recherches / Bureaux d'études

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Formulaire de demande d'autorisation CNIL

Ce formulaire doit être transmis au format pdf pour l'examen du CESREES.

Vous pouvez le compléter sur le site de la CNIL :

<https://www.cnil.fr/fr/services-en-ligne/declarer-un-fichier>

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Lettre information participants/patients, le cas échéant

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Check-List porteur de projet

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Checklist d'évaluation de la conformité à un référentiel simplifié

Cette checklist vise à vous aider à évaluer l'éligibilité de votre projet à une procédure simplifiée d'accès aux données de santé. En cas d'écart, ce document est utile pour faciliter l'instruction de la CNIL en mettant en avant les non conformités à documenter dans le dossier à soumettre.

Pour identifier la checklist à compléter en fonction des caractéristiques de votre projet, vous pouvez consulter l'arbre de décision intégré dans le dossier suivant :

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Lettre d'accompagnement

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Document complémentaire 1

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Document complémentaire 2

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Résumé

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Protocole + Expression des besoins (si données de la base principale du SNDS)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

-

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

Si le responsable de traitement 1 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 2

Si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 3

Si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 1

Non cité comme responsable de traitement

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 2

Non cité comme responsable de traitement

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 3

Non cité comme responsable de traitement

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt responsable de mise en oeuvre

Template destiné aux Laboratoires de recherches / Bureaux d'études

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Formulaire de demande d'autorisation CNIL

Ce formulaire doit être transmis au format pdf pour l'examen du CESREES.

Vous pouvez le compléter sur le site de la CNIL :

<https://www.cnil.fr/fr/services-en-ligne/declarer-un-fichier>

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Lettre information participants/patients, le cas échéant

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Check-List porteur de projet

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Checklist d'évaluation de la conformité à un référentiel simplifié

Cette checklist vise à vous aider à évaluer l'éligibilité de votre projet à une procédure simplifiée d'accès aux données de santé. En cas d'écart, ce document est utile pour faciliter l'instruction de la CNIL en mettant en avant les non conformités à documenter dans le dossier à soumettre.

Pour identifier la checklist à compléter en fonction des caractéristiques de votre projet, vous pouvez consulter l'arbre de décision intégré dans le dossier suivant :

# Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Lettre d'accompagnement

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Document complémentaire 1

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Document complémentaire 2

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Résumé

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Protocole + Expression des besoins (si données de la base principale du SNDS)

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 1

Si le responsable de traitement 1 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 2

Si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de traitement 3

Si le responsable de traitement 3 est également responsable de mise en oeuvre, merci de cocher les cases correspondantes sur l'imprimé

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 1

Non cité comme responsable de traitement

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 2

Non cité comme responsable de traitement

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt du responsable de mise en oeuvre 3

Non cité comme responsable de traitement

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Déclaration publique d'intérêt responsable de mise en oeuvre

Template destiné aux Laboratoires de recherches / Bureaux d'études

## Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique)

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Formulaire de demande d'autorisation CNIL

Ce formulaire doit être transmis au format pdf pour l'examen du CESREES.

Vous pouvez le compléter sur le site de la CNIL :

<https://www.cnil.fr/fr/services-en-ligne/declarer-un-fichier>

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Lettre information participants/patients, le cas échéant

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Check-List porteur de projet

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Checklist d'évaluation de la conformité à un référentiel simplifié

Cette checklist vise à vous aider à évaluer l'éligibilité de votre projet à une procédure simplifiée d'accès aux données de santé. En cas d'écart, ce document est utile pour faciliter l'instruction de la CNIL en mettant en avant les non conformités à documenter dans le dossier à soumettre.

Pour identifier la checklist à compléter en fonction des caractéristiques de votre projet, vous pouvez consulter l'arbre de décision intégré dans le dossier suivant :

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Lettre d'accompagnement

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Document complémentaire 1

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- Document complémentaire 2