Démarche : Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure

classique)

Organisme : Health Data Hub

Titre

Email	
Etablissement SIRET	
Dénomination	
Forme juridique	
Formulaire	
"Ce formulaire vous pern et nécessite une autorisa	net de soumettre au HDH votre projet si ce dernier mobilise des données à caractère persor tion de la Cnil.
	s éléments caractérisant votre projet et les documents associés. Ces derniers seront ensuite et unique assuré par le Health Data Hub puis transmis pour avis au CESREES, avant dépôt à la
être instruit puis transmis	mat, la taille et la structure de ces documents doivent être respectés pour que le dossier puis s au CESREES. Pour plus d'information, nous vous invitons à consulter notre starter-kit qui liste nealth-data-hub.fr/starter-kit).
Vous n'êtes toutefois pas	s concerné :
Si votre projet mobilise c oeuvre, ces projets doive	des données de santé : mais qu'il relève d'une méthodologie de référence. Avant leur mise er ent faire l'objet :
	nformité sur le site de la CNIL (https://www.cnil.fr/fr/declarer-un-fichier) sur le répertoire public du Health Data Hub (https://www.health-data-hub.fr/depot).
Ou qu'il implique la perso	onne humaine.
	sur les procédures d'accès aux données, nous vous invitons à consulter le guide sur les données (https://fr.calameo.com/read/0067478702cca8f7ce4f0?view=slide&page=1).
N'hésitez pas à poser vos data-hub.fr.	s questions sur notre forum (https://entraide.health-data-hub.fr) ou en écrivant à hdh@health
votre disposition pour vo	lter notre site internet (https://www.health-data-hub.fr) où un ensemble de supports sont mis ous accompagner dans vos démarches." ne demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique
Titre complet de la reche	erche, étude, évaluation

Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procedure classique)
Titre du projet à destination du public
Titre
Titre du projet à destination du public
·
Titre
Titre du projet à destination du public
The do project a destination do posite
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 (Procedure 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 (Procedure 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 médicosocial
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
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 ☐ 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

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)

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 101
□ 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 101
□ 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 (Procedure classique) si autre, merci de préciser
Nom du responsable de traitement 1
Adresse
Code postal
eu.
/ille
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
/ille
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
Advance
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
Code Postal
Ville
Pays
Adresse mail du représentant du responsable de traitement 1
Adresse mail du représentant du responsable de traitement 1
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
Préciser si le responsable de traitement est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable
Préciser si le responsable de traitement est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui
Préciser si le responsable de traitement est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui
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
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
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
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
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
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)
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)
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
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

soumission à une demande à autonsation de la CNIL (Procedure 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

Pays
Adresse mail du représentant du responsable de traitement 1
Adresse man do representant do responsable de traitement i
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 / pharmacovigilanc
Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
Autres universités, écoles, structures de recherches
☐ Ministère
☐ Autre
Si autre, merci de préciser
Non du von anable de traitement 2
Nom du responsable de traitement 2
Advance
Adresse

Code postal (Procedure classique)
Ville
Pays
rays
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 at Brénam du représentant du representation de traitement 2
Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 2
Adresse
Code Postal
Ville
D
Pays
Pays Adresse mail du représentant du responsable de traitement 2
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
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
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
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

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

Nom du responsable de traitement 2
Si autre, merci de préciser
Autre
Ministère
Autres universités, écoles, structures de recherches
Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS
Université, école, structure de recherches dans le domaine médicale / épidémiologique / pharmacovigila
Université, école, structure de recherches dans le domaine IA / mathématiques
INSERM
Start-up
Acteur du dispositif médical
Entreprise du médicament
Etablissement privé de santé (dont fédération)
Etablissement public de santé (dont fédération)
Bureau d'étude
Assureur
Association de patients
Type de responsable de traitement 2 Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles Agence
Non
Préciser si le responsable de traitement 2 est également responsable de mise en oeuvre Cochez la mention applicable Oui
Adresse mail du représentant du responsable de traitement 2
Pays
Ville
Code Postal
Code Postal

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
Treeiser le representant de responsable de traitement 2 le cas cencaire
Nom et Prénom du représentant du responsable de traitement 2
Adresse
Code Postal
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
Nom du responsable de traitement 3
Nom du responsable de traitement 3
Nom du responsable de traitement 3
Nom du responsable de traitement 3 Adresse
Nom du responsable de traitement 3
Nom du responsable de traitement 3 Adresse
Nom du responsable de traitement 3 Adresse Code postal
Nom du responsable de traitement 3 Adresse Code postal
Nom du responsable de traitement 3 Adresse Code postal Ville

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

Ministère Ministère
L'illistere
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
☐ Dans I'UE ☐ Hors UE
Dans l'UE
□ Dans l'UE □ Hors UE Préciser le représentant du responsable de traitement 3 le cas échéant
☐ Dans I'UE ☐ Hors UE
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
□ Dans l'UE □ Hors UE Préciser le représentant du responsable de traitement 3 le cas échéant
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
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
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
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
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
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
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
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

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 ☐ Autre Si autre, merci de préciser Nom du responsable de traitement 3 **Adresse** Code postal

Ville Ville (Procedure classique)
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 Boatel
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 101
□ 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 a une demande à autorisation de la CNIL (Procedure 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
Ci autus usausi da mafaisan
Si autre, merci de préciser
Nom du responsable de mise en oeuvre 1
Trom do responsable de mise en occore r
Adresse
Naresse Training
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 / pharmaco	ovigilar
Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS	
Autres universités, écoles, structures de recherches	
Ministère	
Autre	
Ci autra marai da nréaisar	
Si autre, merci de préciser	\neg
Nom du responsable de mise en oeuvre 1	
Nom do responsable de mise en ocovie i	\Box
Adresse	
Code postal	
Ville	
Pays	—
Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études	—
	1

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
Ci que morai do prácticos
Si autre, merci de préciser
Nom du responsable de mise en oeuvre 1
Adresse
Code postal
Ville
1

Numéro engagement référentiel sécurité pour les bu	reaux d'études
Nom et Prénom du représentant du responsable de	mise en oeuvre 1
Adresse mail du représentant du responsable de mis	e en oeuvre 1
Responsable de mise en oeuvre 2 Type du responsable de mise en oeuvre 2 Cochez la mention applicable, une seule valeur possi Agence	ble
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 / pharmacovigilanc
Université, école, structure de recherches dans le	domaine des SHS
Autres universités, écoles, structures de recherch	es
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)	_
/ille	_
Pays	\neg
Numéro engagement référentiel sécurité pour les bureaux d'études	\neg
Nom et Prénom du représentant du responsable de mise en oeuvre 2	\neg
Adresse mail du représentant du responsable de mise en oeuvre 2	\neg
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 / pharmaco	vigilance
Université, école, structure de recherches dans le domaine des SHS	
Autres universités, écoles, structures de recherches	
Ministère Ministère	
Autre	
Si autre, merci de préciser	_
Nom du responsable de mise en oeuvre 2	\neg
Adresse	

Soumission a une demande a autorisation de la Civil (Procedure 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 / pharmacovigilanc
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 equare 2
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 / pharmacovigilan
☐ 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
Si autre, merci de preciser
Nom du responsable de mise en oeuvre 3
Teom de l'esponsable de mise en dedvie s
Adresse
Addresse Transfer of the Control of
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 (Procedure 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

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

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
Davis
Pays
Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 1
Nom et rienom do representant do responsable do destinatane des données i
Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 1
Autossa man da representant da respensasio de destinatante des delinicos r
Nom du destinataire de données 1
Adresse
Code postal
Ville
Pays

sournission a une demande a autorisation de la CNTE (Procedure classique)
Nom et Prénom du représentant du responsable du destinataire des données 1
Adresse mail du représentant du responsable du destinataire des données 1
The second secon
Nom du destinataire de données 1
Adresse
Code postal
A CU
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 mandel
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
Nom do destinataire de domices 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)
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 (on appée)
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
П

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
Addresse main
Référent(e) dossier Civilité
☐ Mme
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
□ м.
Nom et Prénom
Advance week
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 complété et signé par le Responsable de traitement principal
Numéro du formulaire dématérialisé de demande autorisation CNIL Lien vers le formulaire dématérialisé de demande autorisation CNIL: https://www.demarchessimplifiees.fr/commencer/test/c78f50aa-48ac-4ad3-b28f-1c02ad872f78
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Annexe transfert hors UE
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 d 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

Soumission d'une demande d'autorisation de la CNIL (Procédure classique) 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
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Formulaire de demande d'autorisation CNIL
Ce formulaire doit être complété et signé par le Responsable de traitement principal
Numéro du formulaire dématérialisé de demande autorisation CNIL Lien vers le formulaire dématérialisé de demande autorisation CNIL : https://www.demarchessimplifiees.fr/commencer/test/c78f50aa-48ac-4ad3-b28f-1c02ad872f78
Pièce justificative à joindre en complément du dossier

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

Non cité comme responsable de traitement

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

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

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 complété et signé par le Responsable de traitement principal
Numéro du formulaire dématérialisé de demande autorisation CNIL Lien vers le formulaire dématérialisé de demande autorisation CNIL: https://www.demarchessimplifiees.fr/commencer/test/c78f50aa-48ac-4ad3-b28f-1c02ad872f78
Pièce justificative à joindre en complément du dossier Annexe transfert hors UE
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 d 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