

Loi Informatique et Liberté

Formulaire de demande d'exercice des droits des personnes concernées

* Élément obligatoire pour le traitement de votre demande

Civilité * : M. Mme

Prénom * : _____ **Nom *** : _____

Je suis clients d'Atout France* : Oui / Non

Je suis adhérents d'Atout France* : Oui / Non

Je suis un partenaire d'Atout France* : Oui / Non

Je suis un usager du service public d'Atout France* : Oui / Non

Je suis un tiers d'Atout France* : Précisez

Je souhaite exercer un droit sur le dispositif indiqué – quelle est l'utilisation de vos données personnelles qui est concernée par cette demande ?

Dispositif * ⁽¹⁾ : _____

Données personnelles concernées : _____

(1) renseigner au moins un Dispositif

Droit Exercé (sélectionner le droit que vous souhaitez exercer)

1/ **Rectification**

Rectification demandée : _____

Motif : _____

2/ **Accès** valeur actuelle pour la période du : ___/___/___ au ___/___/___

Les éventuels coûts de reproduction peuvent être à la charge du demandeur (LIL art. 39-I-5)

3/ **Opposition pour motif légitime**

Motif de l'opposition : _____

4/ **Oubli**

Pour la période du : ___/___/___ au ___/___/___

Motif de la demande : _____

5/ Portabilité

Motif de la demande : _____

Destinataire de la portabilité (si différent du demandeur) : _____

6/ Directives Testamentaires**Documents joints à ma demande :**

Justificatif : _____

Descriptif détaillé joint :

Date de la demande :

Signature :

Vos données personnelles sont traitées et conservées uniquement pour la gestion de votre demande. Elles sont destinées à un usage interne par les services concernés ou les sous-traitants en charge de l'exécution. Conformément à la Loi 78-17 du 06/01/1978, vous disposez de droits d'opposition pour motifs légitimes, d'accès, de rectification ou directives testamentaires que vous pouvez exercer auprès de contact.rgpd@atout-France.fr

Zone réservée au service en charge de l'exercice des droits

Suivi d'exercice des droits – Personnes concernées

N° Réf. de la demande : _____

1/ Réception

Date : ___ / ___ / _____

Dossier complet : Oui Non

Élément manquant : Formulaire Pièce jointe

Description : _____

Paraphe : _____

2/ Analyse – Demande légitime

Oui Non

Date : ___ / ___ / _____

Motif de rejet : _____

Action recommandée : _____

Descriptif complémentaire joint Oui

Paraphe : _____

3/ Validation des Recommandations

Oui Non

Date : ___ / ___ / _____

Autre action à réaliser : _____

Descriptif complémentaire joint Oui

Service en charge du traitement : _____

Paraphe : _____

4/ Traitement – Initiales de l'opérateur

Date de réalisation : ___ / ___ / _____

Résultat des recherches : Personne Identifiée Non présent dans le système Données supprimées

Opération réalisée : _____

Paraphe : _____

5/ Réponse – Initiales de l'opérateur

Date de réponse : ___ / ___ / _____

Courrier Email

Paraphe : _____