# **formulaire de notification d’une violation de données à caractère personnel**

**Service Public Fédéral Intérieur CONFIDENTIEL**

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE DECLARATION DE VIOLATION DE DONNÉES PERSONNELLES****À renvoyer à incidents.gdpr@ibz.fgov.be** |
| Votre nom: Type de support affecté (et nom) | Société/Direction Générale/Service: |
|             |       |
| Date de déclaration:  | Tél. No:  | Adresse e-mail:  |
|  |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de l’incident: | Heure de l’incident: |
|  |  |
| Personnes notifiées: | Heure de la notification: |
|  |  |
| Brève explication de la violation de donnée (site web, url, nom(s) des suspects, systèmes impactés, autre…) |
|  |
|  |  |  |  |
| Y-a-t-il urgence (le SPF Intérieur doit-il immédiatement prendre action)? | Y**[ ]**  | N**[ ]**  |
| Etiez-vous vous-même témoin de l’incident? | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Y-a-t-il d’autres témoins? (si oui, nommez-les ci-dessous) | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  |
| À votre connaissance, l'un ou l'autre des éléments suivants était-il en cause? |
| **Support** | **Contexte** |
| Téléphone | **[ ]**  | Destruction | **[ ]**  |
| Fax | **[ ]**  | Perte ou vol | **[ ]**  |
| Photocopieur | **[ ]**  | Access non autorisé | **[ ]**  |
| Matériel informatique (usb, pc, référence) | **[ ]**  | Altération | **[ ]**  |
| E-mail | **[ ]**  | Divulgation | **[ ]**  |
| Téléchargement Internet | **[ ]**  | Nombre de personnes concernées | **[ ]**  |
| Dossier papier | **[ ]**  | Enfants concernésDonnées sensibles (génétiques, santé, biométriques, convictionnelles, syndicales…) | **[ ]** **[ ]**  |
| Autre (spécifiez ci-dessous)      |  |  |  |
|  | Y | N |
| Avez-vous rapporté l’incident à: (Entourer les champs applicables) Hiérarchie - Police – Directeur IT – Auditeur Interne – Conseiller sécurité - autres (veuillez nommer) | **[ ]**  | **[ ]**  |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Initié par :  | Date: | Revu par : | Date: |
|       |       |       |       |
| Approuvé par (1): | Date: | Approuvé par (2): | Date: |
|       |       |       |       |