

INVENTAIRE D'UN FICHER DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

A. IDENTIFICATION DU FICHER

1. DÉSIGNATION DU FICHER : DOSSIERS D'INVALIDITÉ (DRH)

B. CATÉGORIES DE RENSEIGNEMENTS

2. a) Inscrire, à partir du tableau ci-dessous (en b)), la lettre correspondant au type principal de renseignements versés au fichier : a).
- b) Indiquer si ce fichier contient aussi les types de renseignements mentionnés dans le même tableau ci-dessous (cocher les espaces appropriés)

- | | | |
|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> a) santé/ services sociaux | <input type="checkbox"/> e) justice | <input type="checkbox"/> i) loisirs |
| <input type="checkbox"/> b) éducation | <input type="checkbox"/> f) services aux individus | <input type="checkbox"/> j) organisations |
| <input type="checkbox"/> c) emploi | <input type="checkbox"/> g) permis | <input type="checkbox"/> k) démographie |
| <input type="checkbox"/> d) vie économique | <input type="checkbox"/> h) logement | <input type="checkbox"/> z) autre (spécifier) : _____ |

3. LISTE DES RENSEIGNEMENTS D'IDENTITÉ :

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> a) nom de famille actuel et prénom | <input checked="" type="checkbox"/> r) date de naissance |
| <input checked="" type="checkbox"/> b) nom de famille à la naissance | <input type="checkbox"/> s) langue |
| <input checked="" type="checkbox"/> c) nom et prénom (conjoint) | <input checked="" type="checkbox"/> t) sexe |
| <input checked="" type="checkbox"/> d) nom et prénom (mère) | <input checked="" type="checkbox"/> u) état civil |
| <input checked="" type="checkbox"/> e) nom et prénom (père) | <input type="checkbox"/> v) citoyenneté/ statut au Canada |
| <input checked="" type="checkbox"/> f) numéro de matricule | <input checked="" type="checkbox"/> w) origine ethnique |
| <input checked="" type="checkbox"/> g) numéro d'assurance sociale | <input checked="" type="checkbox"/> x) revenu annuel |
| <input checked="" type="checkbox"/> h) numéro d'assurance-maladie | <input checked="" type="checkbox"/> y) scolarité/ formation/ diplôme |
| <input type="checkbox"/> i) numéro du code permanent | <input checked="" type="checkbox"/> z) enfant/ personne à charge |
| <input checked="" type="checkbox"/> j) adresse permanente | <input checked="" type="checkbox"/> aa) référence |
| <input checked="" type="checkbox"/> k) téléphone résidence | <input checked="" type="checkbox"/> bb) association professionnelle/ syndicale |
| <input checked="" type="checkbox"/> l) nom de l'employeur | <input type="checkbox"/> cc) appartenance religieuse |
| <input checked="" type="checkbox"/> m) adresse (travail) | <input type="checkbox"/> dd) photographie |
| <input checked="" type="checkbox"/> n) téléphone (travail) | <input type="checkbox"/> ee) empreintes |
| <input checked="" type="checkbox"/> o) profession/ titre/ métier/ classification | <input type="checkbox"/> ff) caractéristiques physiques (yeux, taille, etc.) |
| <input checked="" type="checkbox"/> p) emploi actuel/ emplois antérieurs | <input type="checkbox"/> zz) autre (spécifier) : _____ |
| <input type="checkbox"/> q) lieu de naissance | |

C. FINALITÉ(S) DU FICHER

4. RENSEIGNEMENTS CONSERVÉS:

- a) en vue de l'application de la *Loi sur la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances*, de la *Loi sur les accidents au travail et les maladies professionnelles* et als.
- b) en vue de l'application du règlement : _____
- c) en vue de l'application d'un programme : _____
- d) pour la gestion interne de l'organisme : _____
- e) à des fins statistiques : _____
- f) à autre(s) fin(s) (spécifier) : _____

5. USAGE(S) :

Traitement du dossier de maladie ou d'accident de travail.

6. DESCRIPTION :

Ce fichier est conservé à la direction des ressources humaines. Ce dernier comporte les documents relatifs à la gestion d'un régime d'assurance (privé ou public).

D. MODE DE GESTION DU FICHER

7. SUPPORT(S) PHYSIQUE(S) UTILISÉ(S) :

- a) Manuel (papier, carton, etc....)
- b) Mécanique (microfiche, microfilm, etc....)
- c) Informatique (disque, bande, etc....)

8. LOCALISATION :

Le fichier est conservé dans un local unique :

- Oui
- Non

9. DURÉE GÉNÉRALE DE CONSERVATION DES RENSEIGNEMENTS :

A : 888 = Documents conservés actifs jusqu'au dénouement ou selon toutes autres spécifications indiquées au calendrier

SA : 5 ans

I : D : Destruction en totalité

10. UNE PERSONNE OU UN ORGANISME EXTÉRIEUR A ACCÈS AU FICHER À DES FINS DE TRAITEMENT :

- Oui (remplir l'article 11)
- Non

11. LISTE DES PERSONNES OU ORGANISMES AYANT ACCÈS AU FICHIER À DES FINS DE TRAITEMENT :

1. Nom : Robert & Lizotte ou autres
2. Adresse :
3. Mandat : Consultant professionnel externe (médecins)

1. Nom : Commission administrative des régimes de retraites et d'assurances / Commission de la santé et de la sécurité au travail.
2. Adresse :
3. Mandat :

E. PROVENANCE DES RENSEIGNEMENTS VERSÉS À CHAQUE FICHIER

12. PROVENANCE(S) ET MODALITÉ(S) DES RENSEIGNEMENTS :

	écrit	oral	écrit et oral
a) la personne concernée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b) un membre du personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) une autre personne physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d) un autre organisme public (remplir l'article 13)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e) une personne ou un organisme privé (remplir l'article 14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

13. COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UN ORGANISME PUBLIC :

1. Nom de l'organisme : Commission de la santé et de la sécurité au travail		
2. Adresse :	3. N° décret	
	Année	Numéro
4. Renseignements recueillis :		

1. Nom de l'organisme : Commission administrative des régimes de retraites et d'assurances / Société de l'assurance automobile du Québec		
2. Adresse :	3. N° décret	
	Année	Numéro
4. Renseignements recueillis :		

14. COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UNE PERSONNE OU D'UN ORGANISME PRIVÉ :

1. Nom: Robert & Lizotte et autres	
2. Adresse :	
3. Renseignements recueillis :	
	4. Fréquence :

1. Nom:	
2. Adresse :	
3. Renseignements recueillis :	
	4. Fréquence :

F. CATÉGORIES DE PERSONNES CONCERNÉES PAR LES RENSEIGNEMENTS VERSÉS

15. PERSONNE PRINCIPALEMENT CONCERNÉE PAR LES RENSEIGNEMENTS :

- a) les clients(es) de l'organisme
- b) le personnel de l'organisme
- c) une autre catégorie de personnes

G. CATÉGORIES DE PERSONNES QUI ONT ACCÈS À CHAQUE FICHIER

16. LE PERSONNEL AYANT ACCÈS AU FICHIER :

Indiquer les catégories de personnel qui ont accès au fichier dans l'exercice de leurs fonctions :

(Par unité administrative, si toute l'unité administrative a accès au fichier ou par corps d'emploi ou fonction(s) si une partie seulement de l'unité y a accès.)

Directeur des ressources humaines et les personnes désignées de la direction des ressources humaines

Médecins de employeur

Directeur général et les personnes désignées de la direction ont accès seulement à l'information pertinente

Le personnel d'encadrement concerné a accès seulement à l'information pertinente

17. LES RENSEIGNEMENTS VERSÉS AU FICHIER SONT TRANSFÉRÉS À UNE AUTRE PERSONNE OU À UN AUTRE ORGANISME :

- Oui (remplir l'article 18)
 Non

18. TRANSFERT DE RENSEIGNEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE L'ORGANISME :

1. Nom : Commission administrative des régimes de retraites et d'assurances		
2. Adresse :	3. N° décret	
	Année	Numéro
4. Renseignements transférés :		

1. Nom : Commission de la santé et de la sécurité au travail		
2. Adresse :	3. N° décret	
	Année	Numéro
4. Renseignements transférés :		

H. MESURES DE SÉCURITÉ PRISES POUR ASSURER LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

19. MESURES DE SÉCURITÉ UTILISÉES :

a) Pour un fichier manuel ou mécanique :

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> a) contrôle des entrées/ sorties des personnes | <input checked="" type="checkbox"/> d) contrôle physique des locaux |
| <input checked="" type="checkbox"/> b) contrôle physique des installations | <input checked="" type="checkbox"/> e) contrôle des procédures |
| <input checked="" type="checkbox"/> c) contrôle à l'utilisation du fichier | <input type="checkbox"/> f) autre (spécifier) : _____ |

b) Pour un fichier informatique :

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> a) contrôle préventif de l'accès au fichier | <input checked="" type="checkbox"/> e) règles et pratiques de vérification du fichier |
| <input checked="" type="checkbox"/> b) journaux de vérification des données | <input checked="" type="checkbox"/> f) procédures d'élimination de données |
| <input checked="" type="checkbox"/> c) vérification de l'intégrité du personnel | <input type="checkbox"/> g) mesures en matière de matériels et de programmes |
| <input checked="" type="checkbox"/> d) règles et pratiques de vérification de programme | <input type="checkbox"/> h) autre (spécifier) : _____ |

I. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

20. NOM DE L'ORGANISME : École nationale de police du Québec

21. RESPONSABLE DE L'ACCÈS À L'INFORMATION ET DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

a) Nom : Laprise	Prénom : Gérald
b) Titre : Secrétaire général et registraire	
c) Adresse au travail : 350, rue Marguerite-D'Youville, Nicolet (Québec)	
d) Code postal : J3T 1X4	Téléphone : (819) 293-8631, poste 6297

Nicolet, le 19 juin 2008

/s/ Gérald Laprise

Responsable de l'accès à l'information et de
la protection des renseignements personnels