

Code  
d'organisme

Code  
fichier

## OBJET

- a) Première déclaration du fichier  
 b) Modification du fichier déjà déclaré  
 c) Destruction du fichier déjà déclaré  
 Date d'entrée en vigueur de la modification ou de la destruction (Année 2009 Mois 11)

## IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

1. NOM DE L'ORGANISME : Commission des transports du Québec

2. RESPONSABLE DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

a. Nom : Daneau Prénom : Christian

b. Titre : Responsable de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels

c. Adresse au travail : 545, Crémazie Est, bureau 1000, Montréal d. Code postal : H2M 2V1 Téléphone (514) 906-0350

## IDENTIFICATION DU FICHIER

3. DÉSIGNATION : Dossiers personnels 4. DATE DE CRÉATION (Année Mois) : 1976-07

5. FINALITÉ(S) DU FICHIER : d

a. en vue de l'application de la loi :

b. en vue de l'application du règlement :

c. en vue de l'application du programme :

d. pour la gestion interne de l'organisme :

e. à des fins statistiques (cocher) :

z. autre(s) fins(s) (spécifier) :

6. USAGE(S)

7. DESCRIPTION :

Tenue d'un dossier personnel de carrière conformément aux pratiques établies dans la fonction publique.

## GESTION DU FICHIER

8. SUPPORTS PHYSIQUES UTILISÉS :

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

9. LOCALISATION : Le fichier est conservé dans un local unique

- Oui  
 Non

10. DURÉE GÉNÉRALE DE CONSERVATION DES RENSEIGNEMENTS :

75 ans après la date de naissance ou 6 ans après le décès ou la retraite de l'employé.

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

- Oui (remplir annexe 11.1)  
 Non

## COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

12. PROVENANCE(S) ET MODALITÉ(S) DE COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS :
- |   | écrit                               | oral                     | les deux                 |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. La personne concernée.....                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Un membre du personnel .....                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Une autre personne physique.....                               | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Un autre organisme public - remplir annexe 12.1 .....          | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Une personne ou un organisme privé - remplir annexe 12.2 ..... | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## TRANSFERT DE RENSEIGNEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE L'ORGANISME

13. LES RENSEIGNEMENTS VERSÉS AU FICHER SONT TRANSFÉRÉS À UNE AUTRE PERSONNE OU À UN AUTRE ORGANISME :

- Oui (remplir annexe 13.1)  
 Non

## IDENTIFICATION DES RENSEIGNEMENTS VERSÉS AU FICHER

14. PERSONNES PRINCIPALEMENT CONCERNÉES PAR LES RENSEIGNEMENTS

- a. Les client(e)s de l'organisme  
 b. Le personnel de l'organisme  
 c. une autre catégorie de personnes

15. NOMBRE APPROXIMATIF DE  
PERSONNES RÉPERTORIÉES :

162 actifs

16. TYPE DE RENSEIGNEMENTS :

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> a. santé/services sociaux | <input checked="" type="checkbox"/> e. justice     | <input type="checkbox"/> i. loisirs              |
| <input checked="" type="checkbox"/> b. éducation              | <input type="checkbox"/> f. services aux individus | <input type="checkbox"/> j. organisations        |
| <input checked="" 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. autres (spécifier) : |

17. 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> v. citoyenneté/statut au Canada           |
| <input type="checkbox"/> f. numéro 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 code permanent                             | <input checked="" type="checkbox"/> z. enfant(s)/personne(s) à charge         |
| <input checked="" type="checkbox"/> j. adresse permanente                     | <input 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. autres (spécifier) :                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> q. lieu de naissance                      |   |

## ACCÈS ET RECTIFICATION PAR LA PERSONNE CONCERNÉE

18. ENDROIT(S) OÙ LA PERSONNE CONCERNÉE PEUT S'ADRESSER :

- a. siège social  
 b. succursale(s) (annexer les adresses et les numéros de téléphone)

Commission des transports du Québec, 545, boul. Crémazie Est, bur.1000, Montréal, Québec, H2M 2V1, (514) 906-0350

19. LES MESURES DE CONTRÔLE DE L'IDENTITÉ DU REQUÉRANT (spécifier) : Compte tenu de la taille de l'organisation, l'employé doit se présenter en personne pour consulter son dossier.

## ACCÈS PAR LE PERSONNEL DE L'ORGANISME

20. LE PERSONNEL AYANT ACCÈS AU FICHER

Indiquer, dans l'espace ci-dessous, 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.

(Pour répondre à cette question, consultez le guide explicatif disponible en téléphonant à la Commission au (418) 528-7741 ou 1 888 528-7741)

Personnel des ressources humaines affecté à la paie et au classement, sauf en ce qui concerne le dossier médical de l'employé. Quant au dossier médical de l'employé, il ne peut être consulté que par : le chef du Service et la responsable du secteur de l'assurance-salaire et de la santé et sécurité au travail. Les supérieurs hiérarchiques et immédiats ne peuvent consulter ces dossiers que pour les employés sous leur responsabilité seulement.

## MESURES DE SÉCURITÉ

21. IL EXISTE DES RÈGLES, DES POLITIQUES OU DES PROCÉDURES ÉCRITES RELATIVES AUX MESURES DE SÉCURITÉ :

- Oui  
 Non

22. MESURES DE SÉCURITÉ UTILISÉES :

A. Pour un fichier manuel ou mécanique :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. contrôle des entrées/sorties de personnes      | <input checked="" type="checkbox"/> 4. contrôle physique des locaux   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2. contrôle physique des installations | <input type="checkbox"/> 5. contrôle des procédures   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3. contrôle à l'utilisation du fichier | <input checked="" type="checkbox"/> 9. autres (spécifier) : Consultation en présence d'un responsable du SRH. Les dossiers médicaux sont sous enveloppe scellée. Local sous clef. |

B. Pour un fichier informatique (consulter le guide pour plus de précisions) :

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. contrôle préventif de l'accès au fichier | <input checked="" type="checkbox"/> 5. règles et pratiques de vérification du fichier |
| <input type="checkbox"/> 2. journaux de vérification des données                | <input checked="" type="checkbox"/> 6. procédures d'élimination de données            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3. vérification de l'intégrité du personnel | <input type="checkbox"/> 7. mesures en matière de matériels et de programmes          |
| <input type="checkbox"/> 4. règles et pratiques de vérification de programme    | <input type="checkbox"/> 9. autres (spécifier) :                                      |

## SIGNATURE DE LA DÉCLARATION

23. PERSONNE À CONTACTER PAR LA COMMISSION POUR DES INFORMATIONS ADDITIONNELLES :

- a. la personne indiquée à la question 2  
 b. la signataire de la déclaration  
 c. une autre personne (Fournir les renseignements suivants) :

Nom : Boucher

Prénom : Diane

Titre : Chef du Service des ressources humaines

Adresse : 200, chemin Sainte-Foy, 7<sup>e</sup> étage, Québec, G1R 5V5

Téléphone : (418) 266-0350  
(Code rég.)

24. PERSONNE AUTORISÉE À PRODUIRE LA DÉCLARATION :	
Nom : Daneau	Prénom : Christian
Titre : Responsable de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels	
 Signature	<u>20 NOV. 09</u> Date

## ANNEXE 11.1 LISTE DES PERSONNES OU ORGANISMES AYANT ACCÈS AU FICHER À DES FINS DE TRAITEMENT

1. Nom : Vérificateur général
2. Adresse : 750, boul. Charest Est, 3 <sup>e</sup> étage, Québec, G1K 9J6
3. Mandat : Enquête et vérification

1. Nom : Commission de la fonction publique
2. Adresse : 800, Place d'Youville, 7 <sup>e</sup> étage, Québec, Québec, G1R 3P4
3. Mandat : Enquête et vérification

1. Nom : Médecin-expert
2. Adresse : N/A
3. Mandat : Expertise médicale

## ANNEXE 12.1 COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UN ORGANISME PUBLIC

1. Nom de l'organisme :	
2. Adresse :	3. No-décret Année      n <sup>o</sup>
4. Renseignements recueillis :	

1. Nom de l'organisme :	
2. Adresse :	3. N <sup>o</sup> décret Année      n <sup>o</sup>
4. Renseignements recueillis :	

1. Nom de l'organisme :	
2. Adresse :	3. N <sup>o</sup> décret Année      n <sup>o</sup>
4. Renseignements recueillis :	

**ANNEXE 12.2 COLLECTE DES RENSEIGNEMENTS PROVENANT D'UNE PERSONNE OU D'UN ORGANISME PRIVÉ**

1. Nom : Compagnie d'assurance (SSQ, Desjardins, Capitale)	
2. Adresse :	
3. Renseignements recueillis : nature de la police d'assurance	
	4. Fréquence :

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

**ANNEXE 13.1 TRANSFERT DE RENSEIGNEMENTS À L'EXTÉRIEUR DE L'ORGANISME**

1. Nom : Ministères et organismes lors des mutations seulement	
2. Adresse :	3. N° décret Loi sur la fonction publique Année n°
4. Renseignements transférés : Dossier personnel et dossier médical	

1. Nom :	
2. Adresse :	3. N° décret Année n°
4. Renseignements transférés :	

1. Nom :	
2. Adresse :	3. N° décret Année n°
4. Renseignements transférés :	