

Formulaire de demande d'accès à l'ALVPH et ABIDAT

Condition préalable : enregistrement via www.agate.ch (authentification à deux facteurs par AdminPKI ou Vasco Token).

Procédure : auto-enregistrement sur www.agate.ch ; en saisissant le numéro Agate reçu et votre mot de passe, vous pourrez accéder à la zone agate sécurisée puis vous devrez ensuite enregistrer votre AdminPKI/Vasco Token initialisé.

| | |
|----------------------------|--|
| Nom * | |
| Prénom * | |
| Numéro Agate * | |
| Adresse e-mail * | |
| Adresse (Rue, NPA, Lieu) * | |
| Service/fonction * | |
| Tél. prof * | |
| Portable | |

Affaires vétérinaires (accès BDTA, REE, SIPA, ASAN, Acontrol, ARES, FLEKO, et SI ABV)

Consumer

Analyste

Consumer : rôle standard des utilisateurs de l'ALVPH ; droit de lecture pour les rapports disponibles dans l'ALVPH. Les instructions disponibles pour ce rôle sont suffisantes pour s'y retrouver dans l'ALVPH.

Analyste : il peut effectuer des requêtes ad hoc dans l'ALVPH ou établir des rapports qui sont ensuite mis à la disposition du *Consumer*. Ce rôle requiert une formation et devrait être attribué seulement si des ressources sont disponibles pour ladite formation et si l'ALVPH est utilisé régulièrement.

Déclaration de confidentialité

J'ai reçu l'accès aux données des sources choisies (voir ci-dessus) dans l'ALVPH (via Agate.ch).

1. Je m'engage à utiliser les données uniquement dans l'exercice de ma profession et à les garder confidentielles, pour autant qu'elles ne soient pas publiquement accessibles. Toute transmission des données à des tiers est strictement interdite en tout temps (même après la fin des rapports de service).
2. Je suis responsable de la protection des données dans mon secteur. Je m'engage à respecter les prescriptions de la protection des données et, en particulier, à :
 - ce que personne n'aït connaissance de mon mot de passe ;
 - conserver les données de manière à empêcher que toute personne non autorisée n'en ait connaissance.
3. Je m'engage à détruire les données qui ne sont plus nécessaires à mon activité. J'informe le responsable de l'application ALVPH de la fin de mon activité.

Signature du demandeur / de la demandeuse

Lieu, Date

Signature

Confirmation de la demande par le supérieur/la supérieure hiérarchique :

Lieu, Date

Signature

Confirmation de la demande par la responsable d' ALVPH :

Lieu, Date

Signature

Remarque : ce formulaire sert de formulaire de demande d'accès aux rapports de ALVPH pour les collaborateurs/trices de l'OSAV et des services vétérinaires cantonaux.

Retourner à data@blv.admin.ch.