**Formulaire d’application PASSI**

**Propriétés du document :**

|  |  |
| --- | --- |
| Version : | 3.0 |
| Niveau de confidentialité : | C0-Diffusion publique |
| Type du document : | Formulaire |
| Approuvé par : | RSG |

**Historique des versions :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Version | Date | Auteur | Changement |
| 0.1 | 08/05/2017 | JAL | Création |
| 1.0 | 09/05/2017 | RSG | Approbation |
| 1.1 | 26/05/2017 | JAL | Modification société |
| 2.0 | 26/05/2017 | PDE | Approbation |
| 2.1 | 11/08/2017 | JAL | Modification |
| 3.0 | 11/06/2020 | RSG | Approbation |

# Information sur la société

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisation : |  |
| Adresse : |  |
| Pays / Ville : |  |
| Code ZIP : |  |
| Téléphone : |  |
| Site internet : |  |
|  |  |
| Nombre total d’employés : |  |
| Nombre total d’employés dans le périmètre : |  |
|  |  |
| Nom du contact : |  |
| Poste : |  |
| Adresse email : |  |
| Téléphone : |  |
|  |  |
| Description des produits et services fournis par l’organisation : |
|  |

# Information relative à la qualification

|  |
| --- |
| Périmètre de qualification*(Indiquez s’il vous plaît les activités d’audit que vous souhaitez qualifier)* |
| [ ]  Audit d’architecture[ ]  Audit de configuration[ ]  Audit de code source[ ]  Tests d’intrusion[ ]  Audit organisationnel et physique |

|  |
| --- |
| Validation de la compétence des auditeurs*(Cocher pour chaque candidat les portées demandées. A cette étape, si vous désirez que les noms des auditeurs ne soient pas indiqués, vous pouvez indiquer Auditeur 1, Auditeur 2, etc. La liste complète vous sera demandée par la suite)* |
| Nom du candidat auditeur | Responsable équipe d’audit (Oui/Non) | Audit d’architecture | Audit de configuration | Audit de code source | Tests d’intrusion | Audit organisationnel et physique |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

# Information sur le système d’information

|  |  |
| --- | --- |
| Niveau de centralisation*(Indiquez s’il vous plaît le niveau de centralisation pour la gestion de votre SI ainsi que des processus applicables)* | [ ]  Elevé (La plupart des processus sont gérés par un ou deux administrateur(s) ) |
| [ ]  Moyen (Les processus sont gérés par une seule équipe) |
| [ ]  Faible (Il y a des intervenants de plusieurs départements et/ou structures différentes impliqués) |

|  |  |
| --- | --- |
| Topologie du système d’information *Diffusion Restreinte**(Indiquez s’il vous plaît le type de système d’information Diffusion Restreinte que vous avez mis en place[[1]](#footnote-1))* |  |
| [ ]  Classe 2 (réseau totalement déconnecté) |
| [ ]  Classe 1 (réseau isolé de tout réseau de classe 0 – par exemple Internet - à l’aide de dispositifs de filtrage) |

|  |
| --- |
| Description sommaire du système d’information *Diffusion Restreinte**(Indiquez s’il vous plaît le nombre et le type des équipements composant votre système d’information Diffusion Restreinte, ainsi que le nombre d’utilisateurs associés. Si des interconnexions avec des réseaux autres sont présentes, merci de les expliciter)* |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Sites*(Listez s’il vous plaît tous les sites en plus du site principal devant être inclus dans le périmètre de qualification)* |
| Adresse du site | **Nombre total d’employés** | **Description des activités** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Processus externalisés*(Indiquez s’il vous plaît tous les processus externalisés par votre société inclus dans le périmètre de qualification)* |
|  |

|  |
| --- |
| Lois et règlements applicables*(Listez s’il vous plaît les lois et règlements applicables à votre organisation à prendre en compte dans ce cadre de ce programme, et indiquer les éventuelles habilitations nécessaires pour l’évaluation)* |
|  |

# Planification de l’évaluation

|  |  |
| --- | --- |
| Date cible pour l’étude du dossier de candidature |  |
| Date cible pour l’évaluation du siège |  |
| Date cible pour la réalisation des examens écrits |  |
| Date cible pour la réalisation des examens oraux |  |
| Date cible pour l’évaluation de la prestation témoin |  |
| Avez-vous identifié un client pour la prestation témoin |  |

***Déclaration : L’envoi de ce document n’engage en aucune façon les parties et ne constitue pas une relation contractuelle.***

**Déclaration : Je, soussigné, atteste par la présente que les renseignements fournis sont vrais et complets au mieux de ma connaissance.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom |  |
| Poste |  |
| Signature |  |

1. Au sens de l’instruction interministérielle n°901 relative à la protection des systèmes d’information sensibles [↑](#footnote-ref-1)