



# Règlement général sur la protection des données: exercice du droit d'accès des personnes physiques

Ce formulaire permet d'exercer auprès de l'Administration des contributions directes (ACD) le droit d'accès accordé par le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) aux personnes concernées.

Pour plus d'informations, veuillez consulter la rubrique informationnelle ci-après: [https://www.acd.lu/fr/az/r/RGPD\\_GDPR.html](https://www.acd.lu/fr/az/r/RGPD_GDPR.html)

## Demande introduite par l'avocat pour le compte de son / ses client(s)

La demande est à envoyer à l'adresse suivante:

**Administration des contributions directes  
Aux mains du délégué à la protection des données  
L-2982 Luxembourg**

Veuillez noter que la réponse sera envoyée à l'adresse de l'avocat telle que renseignée ci-dessous.

### Identification de l'avocat

les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires

|                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| nom (*)                | <input type="text"/> |
| prénom (*)             | <input type="text"/> |
| adresse (*)            |                      |
| numéro - rue           | <input type="text"/> |
| code postal - localité | <input type="text"/> |
| pays                   | <input type="text"/> |
| adresse courriel       | <input type="text"/> |
| numéro de téléphone    | <input type="text"/> |

## Coordonnées de la / des personne(s) concernée(s)

Veuillez noter que toute demande concernant un dossier fiscal collectif, doit être complétée avec les coordonnées de chacune des personnes concernées (personnes physiques concernées n°1 et n°2).

| les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires                                                                                                                                    |                      |                                                          |                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Je représente (*)                                                                                                                                                                           |                      | <input type="checkbox"/> personne physique concernée n°1 | <input type="checkbox"/> personne physique concernée n°2 (conjoint / partenaire) |
| nom (*)                                                                                                                                                                                     | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
| prénom (*)                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
| numéro d'identification national (*)                                                                                                                                                        | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
| si un numéro d'identification national a déjà été attribué, alors il est obligatoire. Si la personne concernée n'a pas de numéro d'identification national attribué, veuillez nous fournir: |                      |                                                          |                                                                                  |
| date de naissance (*)                                                                                                                                                                       | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
|                                                                                                                                                                                             | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
| adresse (*)                                                                                                                                                                                 |                      | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
| numéro - rue                                                                                                                                                                                | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
| code postal - localité                                                                                                                                                                      | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |
| pays                                                                                                                                                                                        | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                                             |

## Détails de la demande

veuillez préciser l'objet de votre demande et l'année concernée (p. ex. copie de la déclaration pour l'impôt sur le revenu de l'année 2021):

veuillez renseigner les adresses courriel de la / des personne(s) concernée(s) utilisées par le passé pour les échanges avec l'ACD le cas échéant:

### Signature

Je certifie par la présente que les renseignements fournis sont exacts.

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
signature

Veuillez noter que dans le cadre d'une demande concernant un dossier fiscal collectif, seules les informations pouvant être communiquées conformément à l'article 15(4) du RGPD vous seront transmises.

Les données à caractère personnel communiquées sont traitées par l'Administration des contributions directes en qualité de responsable du traitement et en conformité avec le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données). Pour plus de détails, vous pouvez consulter la rubrique «A à Z» du site internet de l'Administration des contributions directes, lettre «R», «Règlement général sur la protection des données (RGPD) - General Data Protection Regulation (GDPR)».

[https://www.acd.lu/fr/az/r/RGPD\\_GDPR.html](https://www.acd.lu/fr/az/r/RGPD_GDPR.html)