



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency

Déclaration de retour volontaire

AIDE AU RETOUR VOLONTAIRE ET À LA RÉINTÉGRATION AUX MIGRANTS EN ISLANDE

A L'ATTENTION DU PERSONNEL ET DES PARTENAIRES DE L'OIM :

Toute personne remplissant les conditions requises pour bénéficier de l'aide au retour volontaire et à la réintégration de l'OIM doit, avant d'apposer sa signature, être en mesure de comprendre le contenu du présent formulaire. Veillez à ce que chaque bénéficiaire lise le formulaire (qui, le cas échéant, devra être traduit dans une langue qu'il comprend), et à lui en expliquer le sens et le contenu avant de l'inviter à le signer.

Par la présente, je soussigné(e) _____, déclare vouloir rentrer dans mon pays d'origine ou dans un pays tiers (où je bénéficie du droit de résidence permanente), à savoir _____, avec l'aide de l'Organisation internationale pour les migrations (ci-après l'OIM).

Je confirme avoir été informé(e) de l'aide que je recevrai et des conditions du processus de retour volontaire et de réintégration.

J'ai bien compris que l'aide fournie au titre de ce programme exclut la possibilité de demeurer dans un pays de transit, quel qu'il soit, et qu'à l'arrivée, les autorités nationales peuvent s'entretenir avec moi et/ou m'interroger. J'ai bien compris, par ailleurs, que l'OIM ne pourra pas s'immiscer dans les règles et procédures fixées par les autorités aéroportuaires ou d'immigration lors du transit ou à l'arrivée.

Je reconnais, en mon nom et au nom de toute personne pour laquelle j'en ai le droit, de mes héritiers et de ma succession, que l'OIM ne sera pas tenue pour responsable des éventuels dommages causés directement ou indirectement à moi-même ou à l'une quelconque des personnes précitées dans le cadre de l'aide fournie par l'OIM lorsque ces dommages découlent de circonstances échappant au contrôle de l'OIM.

J'autorise par la présente l'OIM et toute autre personne ou entité habilitée agissant au nom de l'OIM à recueillir, utiliser, divulguer et détruire mes données à caractère personnel et, le cas échéant, celles des personnes à ma charge, qui sont précisés dans ce formulaire de demande, pour les finalités suivantes:

FINALITES	DESCRIPTION	CONSETEMENT	
		OUI	NON
(a) Aide au retour volontaire et à la réintégration	<i>L'obtention de documents de voyage (le cas échéant), l'achat des billets (transport aérien/terrestre) et la fourniture de l'aide à la réintégration.</i>		
(b) Aide additionnelle	<i>Utiliser les données pour fournir une aide additionnelle au titre d'autres projets de l'OIM</i>		
(c) Recherche	<i>Utiliser les données pour une finalité de recherche</i>		

J'accepte que mes données à caractère personnel soient divulguées, pour la ou les finalités précitées, aux tiers suivants: les gardes-frontières, les ambassades. J'ai bien compris que je peux accéder à mes données à caractère personnel et les rectifier sur demande en contactant l'OIM.

Je déclare avoir communiqué à l'OIM ou à ses partenaires tous les renseignements concernant mon état de santé qui pourraient influencer sur mon bien-être ou sur celui d'autres personnes pendant le processus de retour volontaire et de réintégration. Je déclare en outre que j'informerai sans délai l'OIM ou ses partenaires de tout élément modifiant les renseignements visés ci-dessus durant la période précédant mon départ.

Je déclare que les renseignements communiqués sont, à ma connaissance, véridiques et exacts. J'ai bien compris que si je fais une fausse déclaration en signant le présent formulaire, l'OIM pourrait être dans l'incapacité de fournir une aide.

Signature du demandeur (ou de son représentant légal)

Date et lieu

Signature de l'interprète [le cas échéant]

Date et lieu

Signature du représentant de l'OIM
ou du partenaire délégué

Date et lieu