



International Organization for Migration (IOM)  
The UN Migration Agency

### Formulario de declaración de retorno voluntario

## RETORNO VOLUNTARIO ASISTIDO Y REINTEGRACIÓN PARAS MIGRANTES EN ISLANDIA

#### **NOTA PARA LOS MIEMBROS DEL PERSONAL Y ASOCIADOS DE LA OIM:**

*Las personas que reúnan los requisitos y cuyo caso se examine con vistas a prestarles la asistencia de la OIM de retorno voluntario y reintegración **deberán haber comprendido el contenido de dicho formulario antes de firmarlo. Así, por favor asegúrese que la persona interesada ha leído el formulario (y que este haya sido traducido a un idioma que comprenda); además de que se le ha explicado el significado y el contenido antes de pedirle que lo firme.***

Por el presente yo, el suscrito, \_\_\_\_\_, expreso mi voluntad de regresar a mi país de origen o a un tercer país (donde tengo derecho a la residencia permanente), a saber, \_\_\_\_\_, mediante la asistencia de la Organización Internacional para las Migraciones (en adelante “la OIM”) y en pleno conocimiento de la actual situación socio-economica en Venezuela.

Confirmando que se me ha informado sobre la asistencia que recibiré y las condiciones del proceso de retorno voluntario y reintegración.

Entiendo que la asistencia prestada en el marco de este programa no comprende la posibilidad de permanecer en un país de tránsito, y que las autoridades nacionales pueden entrevistarme y/o interrogarme a mi llegada. Entiendo además que la OIM no estará en condiciones de intervenir en lo que atañe a las normas y procedimientos establecidos por las autoridades aeroportuarias o de inmigración durante el tránsito o a la llegada.

Confirmando, en mi nombre y en el de todo aquel para quien tengo potestad de hacerlo, incluidos mis herederos y sucesiones pertinentes, que la OIM no podrá ser considerada responsable de ningún daño y perjuicio causado, directa o indirectamente, a mí persona o a cualquiera de los antes mencionados, en relación con la asistencia facilitada, siempre que ello se deba a circunstancias que escapen al control de la OIM.

Habida cuenta de ello, autorizo por el presente a la OIM y a cualquier persona o entidad autorizada que actúe en nombre de la OIM, a que recopile, utilice, comunique y disponga de mis datos personales y, cuando proceda, los datos personales de mis familiares a cargo incluidos en este formulario para los siguientes propósitos:

| PROPÓSITOS                                      | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                              | CONSENTIMIENTO |    |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----|
|                                                 |                                                                                                                                                                          | SÍ             | NO |
| (a) Retorno voluntario asistido y reintegración | <i>Adquisición de documentación de viaje (en caso necesario), compra de billetes de transporte (aéreo/terrestre) y proporcionar la asistencia para la reintegración.</i> |                |    |
| (b) Asistencia adicional                        | <i>Utilización de datos para facilitar asistencia adicional en el marco de otros proyectos de la OIM.</i>                                                                |                |    |
| (c) Investigación académica                     | <i>Uso de datos con fines de investigación.</i>                                                                                                                          |                |    |

Doy mi consentimiento para que mis datos personales sean comunicados a los terceros que figuran a continuación: Guardia fronteriza, las embajadas, para lograr los propósitos especificados anteriormente. Entiendo que puedo consultar y corregir mis datos personales previa petición, poniéndome en contacto con la OIM.

Declaro que he facilitado a la OIM o a sus asociados toda la información sobre las afecciones médicas que pudieran afectar mi bienestar y el de otras personas durante el proceso de retorno voluntario y reintegración. Confirmando asimismo que, en caso de que la información aquí enunciada cambie en el periodo previo a mi partida, informaré inmediatamente a la OIM o a sus asociados.

Declaro asimismo que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es correcta y veraz. Entiendo que si hago una declaración falsa al firmar este formulario, la OIM no podrá prestarme asistencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del interesado (o representante legal)

\_\_\_\_\_  
Fecha y lugar

\_\_\_\_\_  
Firma del intérprete [si corresponde]:

\_\_\_\_\_  
Fecha y lugar

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de la OIM o Asociado delegado

\_\_\_\_\_  
Fecha y lugar