



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency

Formular saglasnosti za dobrovoljni povratak

PODRŠKA MIGRANTIMA SA ISLANDA PRI ASISTIRANOM DOBROVOLJNOM POVRATKU I REINTEGRACIJI (AVRR-ICE)

NAPOMENA ZA ZAPOSLENE IOM/PARTNERE:

Svaka osoba koja se kvalifikuje za AVRR ili se njena prijava razmatra za dobrovoljni povratak mora da bude sposobna da razume sadržaj ovog formulara pre potpisivanja. Svaki prijavljeni treba da pročita ovaj formular (koji treba da bude na jeziku koji migrant razume), kao i da razume njegovo značenje i sadržaj pre potpisivanja.

Ja, dole potpisani/a, _____, ovim putem izražavam želju za povratkom u svoju zemlju porekla ili u treću zemlju (u kojoj imam stalan boravak), a to je _____, uz pomoć Međunarodne organizacije za migracije (dalje u tekstu: IOM).

Potvrđujem da sam obavešten/a o pomoći koju ću dobiti, kao i o uslovima dobrovoljnog povratka.

Razumem da pomoć koju dobijam u okviru ovog programa ne obuhvata mogućnost ostanka ni u jednoj zemlji tranzita. Razumem da po povratku u zemlju mogu da budem ispitivan/a od strane državnih organa. Takođe razumem da IOM ne može da utiče na primenu procedura i pravila ustanovljenih od strane aerodromskih ili imigracionih službi u tranzitu niti pri dolasku u zemlju porekla.

Potvrđujem, u svoje, i u ime svih osoba za koje ja imam pravo to da učinim, kao i za svoje naslednike i imovinu, da IOM neće snositi odgovornost za bilo koju štetu, koja je direktno ili indirektno načinjena meni ili bilo kojoj osobi, a u vezi sa pomoći IOM, koja nastane iz okolnosti izvan kontrole IOM.

Ovim putem dajem pravo IOM-u i svim ovlašćenim pravnim i fizičkim licima koja posluju u ime IOM-a, da prikupljaju, koriste, i raspoložu mojim ličnim podacima i, po potrebi, ličnim podacima članova moje porodice, koji su navedeni u ovom formularu, u sledeće svrhe:

SVHRA	OPIS	PRISTANAK	
		DA	NE
(a) Asistirani dobrovoljni povratak	Izdavanje putnih isprava (ukoliko je potrebno), kupovina karata (za vazdušni/kopneni saobraćaj) i podrška pri reintegraciji		
(b) Dodatna pomoć	Korišćenje podataka u svrhu pružanja dodatne pomoći u okviru drugih projekata IOM		
(c) Istraživanje	Korišćenje informacija u istraživačke svrhe		

Pristajem da se moji lični podaci podele sa sledećim trećim stranama: graničnoj policiji, ambasadama u svrhe gore navedene. Razumem da imam pravo da od IOM zahtevam da pristupim podacima i izmenim ih.

Izjavljujem da sam s IOM ili s partnerima podelio/a sve informacije o svom zdravstvenom stanju, koje mogu da utiču na moje i zdravlje i bezbednost drugih osoba u postupku dobrovoljnog povratka. Takođe potvrđujem da ću, ukoliko se prethodno navedeni podaci promene u periodu pre mog povratka, blagovremeno obavestiti IOM i njihove partnere.

Potvrđujem da su sve navedene informacije istinite i tačne prema mom saznanju. Razumem da, ukoliko dam netačne podatke pri potpisivanju ovog formulara, IOM možda neće biti u mogućnosti da mi pruži pomoć.

Potpis kandidata (ili njegovog/njenog zakonskog predstavnika)

Datum i mesto

Potpis prevodioca [po potrebi]

Datum i mesto

Potpis predstavnika IOM-a ili delegiranog partnera

Datum i mesto