****

**Formulario de declaración de retorno voluntario**

**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. Asi, por favor asegurese 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.

Confirmo 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.

Confirmo, 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 ***[Nombre de los hijos/familiares]*** para los siguientes propósitos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PROPÓSITOS****Especificados y definidos antes de la recopilación de datos** | **DESCRIPCIÓN** | **CONSENTIMIENTO** |
| **Esta parte debe ser llenada por los controladores de datos o entrevistadores**  | **SÍ** | **NO** |
| 1. **Retorno voluntario asistido [y reintegración]**
 | ***Prestación de asistencia para retornar voluntariamente [y reintegrarse] al país de origen.*** |  |  |
| 1. **Asistencia adicional**
 | ***Utilización de datos para facilitar asistencia adicional en el marco de otros proyectos de la OIM.*** |  |  |
| 1. **Investigación academica**
 | ***Uso de datos con fines de investigación[[1]](#footnote-1)*** |  |  |
| 1. **Otros**
 | ***[Especificar][[2]](#footnote-2)*** |  |  |

Doy mi consentimiento para que mis datos personales sean comunicados a los terceros que figuran a continuación: ***[nombres de terceros, por ejemplo, donantes, instituciones o entidades gubernamentales pertinentes, ONG, instituciones de investigación, etc.]*** 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].** Confirmo 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 |

1. El propósito debe ser estipulado al inicio del proyecto o en el momento de firmar del formulario y esta no se podrá modificar posteriormente. [↑](#footnote-ref-1)
2. Si no utiliza la línea “otros” puede suprimirla. [↑](#footnote-ref-2)