Organisation internationale pour les migrations (OIM)
L'organisme des Nations Unies chargé des migrations

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

1. Je, soussigné/e_____, comprends que mes données personnelles vont être partagées avec et traitées par l'Organisation Internationale des Migrations (ci-après, « OIM »).

2. Par la présente, j'autorise l'OIM et toute personne autorisée ou entité agissant au nom de l'OIM à transférer mes données personnelles et celle des personnes à ma charge aux organisations partenaires qui m'assisteront directement dans le processus de réintégration après mon retour, _____ (ci-après, « l'organisation partenaire »).

3. Je suis conscient/e et accepte que mes données personnelles soient partagées avec et traitées par l'organisation partenaire afin d'organiser mon projet de réintégration.

4. OIM et/ ou l'organisation partenaire se conforme(nt) aux principes de protection des données de l'OIM et garde les données personnelles reçues de l'OIM sous stricte confidentialité et sécurité.

5. OIM et/ou l'organisation partenaire ne divulguera ces informations à aucun tiers sans mon consentement.

6. Je confirme que:

    a. J'ai été informé/e des fin(s) auxquelles mes données personnelles seront recueillies, utilisées et divulguées, comme décrit ci-dessus.
    b. Je comprends que mes données personnelles peuvent être utilisées et divulguées à des fins secondaires pour atteindre les buts décrits ci-dessus.
    c. Je comprends que j'ai le droit d'avoir accès à mes données personnelles et de les rectifier en prenant contact avec l'OIM.
    d. Je comprends que le retrait de mon consentement pourrait engendrer l'incapacité pour l'OIM ou l'organisation partenaire de me fournir les services de réintégration.
    e. Je comprends le contenu de ce formulaire de consentement éclairé après :
        - Avoir lu les clauses ci-dessus : OUI/NON
        - Que les clauses ci-dessus m'aient été traduites ou lues : OUI/NON
    f. Je fais cette déclaration volontairement et consens librement au transfert de mes données personnelles à l'OIM et/ou à l'organisation partenaire.

Nom de la/du bénéficiaire:_____

Date de naissance : _____

Date: _____ Signature: _____