



**PROGRAMMA DI RITORNO VOLONTARIO, REINTEGRAZIONE E
INFORMAZIONE DALL'UNGHERIA
MODULO DI DOMANDA
(MMIA-3.2.1/5-2018-00001; RT.1454)**

**Questo progetto é implementato con il supporto del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione
– FAMI dell’Unione Europea**

Cognome				
Nome				
Data di nascita		Sesso (maschio/femmina)		
Luogo di nascita		Nazionalit�		
Indirizzo del domicilio in Ungheria		Cellulare		
Status in Ungheria	Migrante irregolare <input type="checkbox"/>			
	Richiedente asilo <input type="checkbox"/>			
	Richiesta d’asilo ritirata <input type="checkbox"/>			
	Richiesta d’asilo rifiutata <input type="checkbox"/>			
	Non categorizzato, altro <input type="checkbox"/>	Specificare:		
Documenti disponibili	Passaporto <input type="checkbox"/>			
	Carta d’identit� <input type="checkbox"/>			
	Certificazione di nascita <input type="checkbox"/>			
	Patente di guida <input type="checkbox"/>			
	Non ci sono documenti disponibili <input type="checkbox"/>			
Elenco dei membri di famiglia partiti con il migrante				
Cognome	Nome	Data di nascita	Sesso (maschio/femmina)	Relazione con il beneficiario
Indicare eventuali necessit� del migrante utili all’organizzazione del viaggio (es.: bisogno di trasportare medicinali a bordo, utilizzo di sedia a rotelle, accompagnatore...)				



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



L'assistenza d'OIM é richiesta ...			
- ... per il transito attraverso l'aeroporto?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
- ... per l'accompagnamento all'arrivo?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
- ... a partire per la destinazione finale dall'aeroporto ?	Sí <input type="checkbox"/>	Destinazione finale:	No <input type="checkbox"/>
Indirizzo del domicilio nella paese d'origine (indicare indirizzo completo)			
E-mail		Cellulare	
Come é venuto a conoscenza del Programma di Ritorno Volontario, Reintegrazione e Informazione dall'Ungheria? (Indicare tutte le modalitá)			
<input type="checkbox"/> OIM siti di web	<input type="checkbox"/> Autoritá		
<input type="checkbox"/> OIM brochure informative	<input type="checkbox"/> Altri migranti		
<input type="checkbox"/> OIM linea telefonica multilingua	<input type="checkbox"/> Amici, membri di comunitá		
<input type="checkbox"/> OIM representante durante visita personale	<input type="checkbox"/> Famiglia		
<input type="checkbox"/> Lo staff del centro di ricevimento	<input type="checkbox"/> Non lo so		
<input type="checkbox"/> Lo staff del centro di detenzione (Polizia o guardia)	<input type="checkbox"/> Altro - specificare:		
<input type="checkbox"/> Lavoratori sociali, ONG lavoratori			

Numero gratuito (dall'Ungheria) di IOM Budapest: **06.80.205.018**
Chiamata internazionale: **0036.80.205.018**
Web Sito: **www.volret.hu**



DICHIARAZIONE DI RITORNO VOLONTARIO

PROGRAMMA DI RITORNO VOLONTARIO

REINTEGRAZIONE E INFORMAZIONE DALL'UNGHERIA

MODULO DI DOMANDA

(MMIA-3.2.1/5-2018-00001; RT.1454)

ALL'ATTENZIONE DELLO STAFF E DEI PARTNER DELL'OIM:

Chiunque abbia diritto all'assistenza di ritorno volontario e reintegrazione dell'OIM deve, prima di firmare, essere in grado di comprendere il contenuto di questo modulo. Assicurarsi che ciascun beneficiario legga il modulo che, se necessario, dovrà essere tradotto in una lingua da lui compresa; spiegarne il significato e il contenuto prima di invitare il beneficiario a firmare.

Con la presente, io sottoscritto/a, _____, dichiaro di voler tornare nel mio paese d'origine o in un paese terzo (dove ho diritto alla residenza permanente), vale a dire _____, con l'assistenza dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni (d'ora in poi OIM).

Confermo di essere stato/a informato/a dell'assistenza che riceverò e delle condizioni del processo di ritorno volontario e reintegrazione.

Comprendo che l'assistenza fornita nell'ambito di questo programma esclude la possibilità di rimanere in qualsiasi paese di transito e che all'arrivo le autorità nazionali potrebbero pormi delle domande e/o interrogami. Comprendo inoltre che l'OIM non sarà in grado di interferire con le regole e le procedure stabilite dalle autorità aeroportuali o per l'immigrazione durante il transito o all'arrivo.

Riconosco, a mio nome e per conto di qualsiasi persona per la quale ho il diritto, dei miei eredi e dei miei beni, che l'OIM non sarà responsabile per eventuali danni causati direttamente o indirettamente a me o ad una delle persone sopra indicate come parte dell'assistenza fornita dall'OIM, nel caso in cui tale danno derivi da circostanze che sfuggono al controllo dell'OIM.

Autorizzo l'OIM e qualsiasi altra persona o entità autorizzata che agisce per conto dell'OIM a raccogliere, utilizzare, divulgare e distruggere i miei dati personali e, se del caso, quelli dei miei dipendenti per i seguenti scopi:

SCOPI Determinati e definiti prima della raccolta dei dati	DESCRIZIONE	CONSENS O	
		SI	NO
(a) Ritorno volontario assistito e reintegrazione	Da completare con il responsabile del trattamento o l'intervistatore		



International Organization for Migration (IOM)
The UN Migration Agency



(b) Assistenza aggiuntiva			
(c) Ricerca			
(d) Altro			

Accetto che i miei dati personali vengano divulgati, per gli scopi sopra indicati, alle seguenti terze parti: donatori e ONG. Comprendo che posso accedere ai miei dati personali e correggerli su richiesta contattando l'OIM.

Dichiaro di aver comunicato all'OIM o ai suoi partner tutte le informazioni relative al mio stato di salute che potrebbero influire sul mio benessere o su quello degli altri durante il processo di ritorno volontario e reintegrazione. Dichiaro inoltre che informerò tempestivamente l'OIM o i suoi partner di qualsiasi questione riguardante le informazioni di cui sopra durante il periodo precedente alla mia partenza.

Dichiaro che le informazioni fornite sono, a mia conoscenza, veritiere e corrette. Capisco che dando una dichiarazione falsa firmando questo modulo, l'OIM potrebbe non essere in grado di fornire assistenza.

Firma del richiedente (o del suo rappresentante legale)

Data e luogo

Firma dell'interprete [se applicabile]

Data e luogo

Firma del rappresentante OIM o il partner delegato

Data e luogo