**Formular pre-registracije za program Asistiranog dobrovoljnog povratka I reintegracije (AVRR)**

**(U skladu sa COVID-19)**

Usled pandemije virusa COVID-19 I sa tim povezanih ograničenja u putovanju, IOM trenutno nije u mogućnosti da Vam obezbedi AVRR. Ovim formularom možete izraziti vašu zainteresovanost za učešće u IOM-ovom AVRR programu onda kada se ukinu ograničenja I program počne ponovo da se sprovodi. U ovom trenutku IOM ne zna kada I kako će se ovo dogoditi. Ukoliko izrazite svoju zainteresovanost kroz ovaj formular, IOM će vas kontaktirati kada se AVRR program ponovo uspostavi. Ukoliko I dalje želite da učestvujete u AVRR programu, bićete zamoljeni da popunite tražena dokumenta za registraciju.

Svrha ovog fomrulara je isključivo da izrazite vašu zainteresovanost za učešće u programu AVRR I da IOM bude u mogućnosti da vas obavesti onda kada učešće u programu bude bilo moguće. Ovaj fomular ne predstavlja niti vašu prijavu za AVRR program niti vašu saglasnost za učešće u programu.

**Država trenutnog boravka:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Datum pre-registracije: (dan/mesec/godina)**

\_\_/\_\_/\_\_\_

**Grad trenutnog boravka:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ime:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Prezime:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nacionalnost:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Datum rođenja (dan/mesec/godina)**: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

**Zemlja povratka**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Očekivana krajnja destinacija:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Putna dokumenta** (pasoš, lična karta, druga dokumenta)**:** DA\_\_\_ NE\_\_\_

Ukoliko da, molimo unesite datum važenja dokumenta (dan/mesec/godina) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Da li imate važeću dozvolu boravka u zemlji gde trenutno boravite?** DA\_\_\_ NE\_\_\_

Ukoliko da, molimo unesite datum važenja dokumenta (dan/mesec/godina)

**Zahtev podnet direktno od korisnika (pre-aplikanta)?** DA\_\_\_ NE \_\_\_

Ukoliko ne, molimo unesite vaše ime I srodstvo sa pre-aplikantom

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ukoliko je značajno, broj članova porodice za pre-registraciju**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Da li putujete sa decom**? DA \_\_\_ NE \_\_\_

**Da li putujete sa osobama koje imaju medicinsko stanje**? DA \_\_\_ NE\_\_\_

**Podaci za održavanje kontakta sa IOM-om**:

Broj mobilnog/ telefonski broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Da li vi ili članovi vaše porodice imate specifične hitne potrebe** (sklonište, pristup zdravstvenim uslugama I sl.)? Molimo da imate u vidu da je u ovom trenutku dostupnost uslugama ograničena. Bez obzira, ukoliko želite, ovde možete navesti vaše hitne potrebe i IOM će vas uputiti na odgovarajuće usluge (ukoliko su dostupne).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Razumem da će moji I lični podaci lica koje izdržavam [ime deteta/članova porodice] biti obrađeni od strane IOM-a u svrhe beleženja moje zainteresovanosti za učešće u programu AVRR kako bih mogao biti kontaktiran od strane IOM-a onda kada u njemu budem mogao da učestvujem, kao I za pružanje pomoći meni i/ili licima koje izdržavam, preko IOM-ovih partnera, ukoliko je to moguće. Ovim putem ovlašćujem IOM I bilo koje ovlašćeno lice ili stranku koja postupa u ime IOM-a da sakuplja, koristi , obelodanjuje I raspolaže ličnim podacima pruženim u ovom formularu. Svestan sam I saglasan da će lični podaci biti deljeni I obrađeni od strane [ime treće strane npr. donatora, relevantnih institucija/vladinih tela] kako bi se postigle navedene svrhe.

Potvrđujem za sebe I za bilo koju osobu za koju to imam pravo da učinim kao I za relevantne naslednike I imovinu, da IOM neće biti smatran odgovornim za bilo koju štetu nastalu, direktno ili indirektno, meni ili bilo kojoj osobi povezanoj sa pomoći IOM-a koja potiče od okolnosti izvan kontrole IOM-a.

Potvrđujem da su informacije koje sam pružio istinite I tačne prema mom saznanju. Razumem da ukoliko pružim netačnu izjavu popunjavajući ovaj formular, pomoć pružena od strane IOM-a može u svakom trenutku biti ukinuta.

Potpisano dana [datum] u [mesto]:

Potpis aplikanta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_