



**ANEXO 1**

**INFORME DE DOTACIÓN DE PERSONAL**

**CUIT DE LA ORGANIZACIÓN POSTULANTE:**

**RAZÓN SOCIAL:**

**DOMICILIO FISCAL:**

**CIUDAD / PROVINCIA:**

**NATURALEZA DE LA ORGANIZACIÓN** (organización pública, privada, organización no gubernamental, otra):

*El / la firmante, en representación de la organización postulante, declara que:*

|  |  |
| --- | --- |
| Al día de la fecha, el número total de personas con discapacidad en la organización es de: | Cantidad de personas: |
| Al día de la fecha, el desglose de la cantidad de personas con discapacidad (indicar en número, la cantidad de personas que actualmente se desempeñan en la organización desglosadas por tipo de discapacidad) es el siguiente: |  |
| Al día de la fecha, la cantidad total de personal en la organización es de: |  |
| Al día 31 de Diciembre de 2024, la cantidad total de personas con discapacidad en la organización era de: |  |
| Al día 31 de Diciembre de 2023, la cantidad total de personas con discapacidad en la organización era de: |  |
| Al día 31 de Diciembre de 2022, la cantidad total de personas con discapacidad en la organización era de: |  |

*Lugar y fecha:*

*Firma:*

*Aclaración de firma:*

Nota: El presente documento debe ser completado y firmado únicamente por el Director o Gerente General y/o Gerente de Recursos Humanos de la organización postulante. Una vez completo, deberá adjuntarse en formato PDF al formulario de postulación on line mediante el cual realiza todo el proceso.

La no presentación del presente anexo, o la falta de firma requerida será causal para la eliminación de la postulación. El presente documento tiene carácter de declaración, pudiendo requerirse en cualquier momento la exhibición de la documentación que avale lo declarado.