



**ANEXO 2**

**DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL SELLO ARGENTINA VALORA**

**CUIT DE LA ORGANIZACIÓN POSTULANTE:**

**RAZÓN SOCIAL:**

**DOMICILIO FISCAL:**

**CIUDAD / PROVINCIA:**

**NATURALEZA DE LA ORGANIZACIÓN** (organización pública, organización no gubernamental, etc.):

*El / la firmante, en representación de la organización postulante, declara que toda la información suministrada a la Red de Empresas Inclusivas de la República Argentina, a través del formulario de inscripción electrónico y/o a través de sus respectivos anexos, es actual, verídica y que en términos generales durante el proceso de evaluación de nuestra postulación no sufrirá cambios que afecten negativamente la gestión y/o infraestructura inclusiva alcanzada hasta el momento.*

*A efectos de formalizar la presente postulación, designo como representante de la organización, en todo lo vinculado al proceso de postulación del sello Argentina Valora a:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nombre y apellido* | *Cargo que ocupa* | *Correo electrónico corporativo para notificaciones* | *Teléfono de contacto* |
|  |  |  |  |

*Declaro conocer y aceptar las Bases que rigen la presente convocatoria.*

*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.