



**RED DE
EMPRESAS
INCLUSIVAS
URUGUAY**

COMPROMISO

(ANEXO A LA SOLICITUD DE
MEMBRESÍA ENVIADA MEDIANTE
FORMULARIO ELECTRÓNICO)

RUT DE LA ORGANIZACIÓN SOLICITANTE:

RAZÓN SOCIAL:

DOMICILIO FISCAL:

CIUDAD/DEPARTAMENTO:

En representación de la organización arriba indicada, declaro que toda la información suministrada a la Red de Empresas Inclusivas Uruguay a través del formulario de inscripción electrónico enviado y/o a través del presente anexo, es actual, verídica y que en términos generales acredita que la organización cumple con por lo menos uno de los siguientes requisitos para ser admitida como miembro de la Red (*marque el que corresponda*):

- A la fecha, la empresa cuenta con ____ personas con discapacidad en su plantilla de funcionarios (complete el número)
- La organización dispone de instalaciones de accesibilidad universal para el público en general
- No cumpliendo con alguno de los requisitos anteriores, suscribiremos dentro de los 90 días de aceptada nuestra solicitud como miembros de la Red, un compromiso a través del cual aseguraremos el cumplimiento de uno de estos dos objetivos mediante un plan de trabajo que no podrá exceder los dos años a partir de la fecha de nuestra incorporación a la Red de Empresas Inclusivas Uruguay.

Designamos como persona de contacto con la Red a:

Nombre y apellido:

Cargo:

Correo electrónico:

Asimismo, y por el hecho de formar parte de la Red de Empresas Inclusivas de Uruguay, asumimos el siguiente COMPROMISO:

- . Implementar programas de inclusión laboral que resulten en la contratación de personas con discapacidad.
- . Difundir, por medio de sus propios canales de comunicación, las campañas de información y sensibilización diseñadas por la Red.
- . Participar y promover los eventos que la Red organice.
- . Apoyar las iniciativas de las Red en materia de capacitación y formación de los equipos de trabajo, a través de las institucionales aliadas, en lo concerniente a los procesos de selección, inducción y seguimiento de las PcD.
- . Compartir experiencias y mejores prácticas con las empresas miembros de la Red y sus aliados estratégicos tanto a nivel nacional como internacional.
- . Reportar aquellos avances que considere significativos en sus programas de inclusión de PcD.

FECHA:

FIRMA:

ACLARACIÓN DE FIRMA:

CARGO:

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 solicitante. Una vez completo, deberá adjuntarse en formato PDF al formulario electrónico de solicitud de membresía mediante el cual se realiza todo el proceso. La no presentación del presente anexo, o la falta de firma requerida será causal para la no consideración de la solicitud.