ANEXO 2. Relación de integrantes del equipo de trabajo

**Datos de los integrantes del equipo de trabajo, creadores de la innovación**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ANOTAR NOMBRE COMPLETO EN ALTAS Y BAJAS CONSIDERANDO ACENTOS | SEXO F o M | TELÉFONO LABORAL (INCLUIR LADA Y EXTENSIÓN) | TELÉFONO PARTICULAR (INCLUIR LADA) | E-MAIL | PUESTO QUE OCUPA ACTUALMENTE | ÁREA DE ADSCRIPCION EN LA EMPRESA | ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS | ¿ESTÁ AFILIADO A ALGÚN SINDICATO? (ESCRIBIR EL NOMBRE COMPLETO) |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE(S) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Bajo protesta de decir verdad, declaramos que los datos proporcionados son verídicos y manifestamos el compromiso de los que suscriben para facilitar la información que nos sea solicitada durante el proceso de evaluación, para efectos de verificación y ampliación de la evidencia. De resultar ganadores, la empresa se compromete a que el equipo de trabajadores premiados, participe en todas las actividades que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social realice para la promoción del certamen y de las prácticas laborales ganadoras. Asimismo, de ganar el certamen, empresa y trabajadores se comprometen a no divulgar los resultados en ningún medio de comunicación, hasta la publicación del ACUERDO por el que se otorga el Premio Nacional de Trabajo en el Diario Oficial de la Federación.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O DE LA PERSONA FÍSICA CON ACTIVIDAD EMPRESARIAL QUE RESPALDA LA INFORMACIÓN PRESENTADA |  | NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL SINDICATO, EN CASO DE QUE HUBIERA. |