

 Universidad Nacional de Salta

 Consejo de Investigación

 T.E. (Directos): +54 (387) 425-5406/405

 FAX: +54 (387) 425-5483

 E-mail: **consejo@unsa.edu.ar**

 Avda. Bolivia 5150 - 4400 SALTA (R.A.)

**BECARIOS** CIUNSa - BIEA

**Informe Mensual sobre** el **cumplimiento de** tareas PERIODO: 9/ /20 AL 8/ / 20

Fecha de Presentación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATOS BECARIO/A | Cargo **y Dedicación** | **Cumplimiento** “ |
| APELLIDO y NOMBRE | Beca - BIEA |  |
| DNI NRO.: |  |  |

\* Indicar Total o Parcial

Si fue parcial especificar los motivos e indicar los días…………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………….

Denominación del Programa — Proyecto o Trabajo......................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………

 Firma .................................................................

Aclaración del Director ..........................................................................................................

Recibo Acreditación Estipendio

Declaro bajo juramento que en mi cuenta de Banco se acreditó

la suma de $ correspondiente al periodo 9 / / 20 al 8/ /20 que soy beneficiario/a.

Firma y aclaración del Becario/a DNI N°................................. Salta, ......................................