**ANEXO II – Disposición 152-DGDIYDP/2021**

**BECAS DE CAPACITACIÓN, INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA CONSTANCIA DE CUMPLIMIENTO MENSUAL**

**INSTITUCIÓN:**

**ÁREA DE DESEMPEÑO:**

**TIPO DE BECA:**

**TÍTULO DEL PROYECTO:**

**APELLIDO Y NOMBRE DEL/A DIRECTOR / A**:

En mi carácter de Director/a de la Beca mencionada, dejo constancia que el/la becario/a……................................................................DNI……………………CUIL............

........... ha cumplido con la asistencia, actividades y objetivos previstos para el desarrollo del Proyecto referido, correspondientes al mes de ...................................

**FECHA: FIRMA Y SELLO DEL/DE LA DIRECTOR/A**