|  |
| --- |
| ***A COMPLETAR POR EL/LA DOCENTE-PERSONAL DE APOYO ACADÉMICO*** |
| **NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO** |  |
| **FECHA DE NACIMIENTO** |  |
| **DOCUMENTO NACIONAL DE DENTIDAD** |  |
| **FACULTAD/UNIDAD ACADEMICA** |  |
| **CARGO EN LA FACULTAD** |  |
| **NUMERO DE LEGAJO/ REGISTRO** |  |
| ***A COMPLETAR POR EL/LA COORDINADOR/A*** |
| **FUNCION QUE DESEMPEÑA EN EL PROYECTO** |  |
| **LUGAR DE DESEMPEÑO**  |  |
| **FECHA DE ALTA** |  |
| **FECHA DE BAJA** |  |
| **CANTIDAD DE MESES** |  |
| **MONTO MENSUAL DEL INCENTIVO** |  |
| **MONTO TOTAL DEL INCENTIVO** |  |