**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**

**INSTITUTO DE CIENCIAS AGRÍCOLAS**

**BECA COMPENSACIÓN**

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES DEL BECARIO

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre Becario: | Matrícula:  |
| Área:  | Responsable del área: |

|  |
| --- |
| ACTIVIDADES REALIZADAS |
| De:  | a:  | de 2017 |
|  |
| FIRMA BECARIO | FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA |
| FECHA: |