PROGRAMA DE MOVILIDAD FEDERAL PARA BECARIO/AS 2023

**Formulario de Evaluación**

**IMPORTANTE:** El presente formulario deberá ser completado por el/la IR receptor/a.

1. Pertinencia entre el plan de estadía y el plan original de beca. Marcar lo que corresponda.

|  |  |
| --- | --- |
| SÍ | NO |

1. Pertinencia entre la duración de la estadía y el plan de actividades. Marcar lo que corresponda.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ALTA | MEDIA | BAJA |

1. Justificación y/o comentarios (máx. 1000 caracteres)

**Firma del/la Director/a de la beca Firma Representante de la Inst. Receptora**

**Firma del/la IR Receptor/a**