



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

### 1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a :	
Dirección :	
Teléfono:	E-mail:
Título de la tesis	
Facultad	FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Departamento	ESCUELA DE POSGRADO
Carrera	PSICOLOGÍA
Título al que opta MAGÍSTER EN PSICOLOGIA CLÍNICA DE ADULTOS	
Profesor guía : (sólo guía no co-guía)	
Fecha de entrega :	

### 2.- Autorización de publicación

A través de este documento, indico a la Dirección de Servicios de Información y Bibliotecas, mi decisión respecto a publicar en formato digital mi tesis en el sitio [www.repositorio.uchile.cl](http://www.repositorio.uchile.cl)

Autorizo su publicación (marque con una X):	
<input type="checkbox"/>	Inmediata
<input type="checkbox"/>	A partir de la siguiente fecha: _____ (mes/año)
<input type="checkbox"/>	No autorizo su publicación (sólo resumen y metadatos)

--

Firma del alumno

### 3.- Forma de entrega de la tesis

Las tesis deben ser entregadas en CD-ROM o DVD (texto completo), o bien enviadas en formato digital si su Facultad tiene implementado un sistema de registro electrónico de tesis coordinado con el Repositorio

Académico. Además, entregar este Formulario de Autorización de bidamente completo y firmado a la Unidad Académica que recibirá su tesis.

Dirección de Servicios de Información y Bibliotecas (SISIB)

Información y consultas: [repositorio@uchile.cl](mailto:repositorio@uchile.cl)