UNIVERSIDAD DE CHILE
Dirección de Servicios de Información y Bibliotecas (SISIB)

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

Autorizo su publicación (marque con una X):		
	Inmediata	
	A partir de la siguiente fecha:	(mes/año)
	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 debidamente 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