**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 :

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 Fo rm ula rio de A u to riz ac ió n de bid am en te c om plet o y fir m ad o a la Unidad A c a dé m ic a que rec ibirá su tes is .

Dirección de Servicios de Información y Bibliotecas (SISIB)

Información y consultas: repositorio@uchile.cl