



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a	Sebastián Morales
Dirección	Blest Gana 5888 – La Reina
Teléfono.....	9 92360165..... E-mail seba.morales.p@gmail.com
Título de la tesis	Asociación entre variación germinal en miRNAs y susceptibilidad al cáncer de mama familiar en población chilena y su rol en la transformación celular.....
FacultadFacultad de Medicina
DepartamentoDepartamento de Oncología Básico Clínico
Carrera Doctorado en Ciencias Biomédicas.
Título al que opta	...Doctorado en Ciencias Biomédicas

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):	
<input checked="" 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 debidamente completo y firmado a la Unidad Académica que recibirá su tesis.