



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a	Cecilia Andrea Troncoso Torres
Dirección	Cerro chivato 3914, Puente Alto
Teléfono	975792759
E-mail	to.ceciliatroncoso@gmail.com

Título de la tesis	Disminuir lista de espera del Programa de Rehabilitación Integral de los centros de Atención Primaria de la comuna de San Miguel utilizando la Metodología de Marco Lógico.
Facultad	De Medicina
Departamento	Escuela de Salud Pública
Carrera	Magíster en Salud Pública
Título al que opta	Magíster en Salud Pública
Profesor guía	Dr. Pedro Crocco A.
Fecha de entrega	Marzo 2024

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.