



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a	...PALOMA SOL ESPARZA GONZALEZ.....
Dirección	...COSTA DE MARFIL 3268, MAIPÚ.....
Teléfono993070368.....
E-mail	...palomasol.cl@gmail.com.....

Título de la tesis "RECEPCIÓN ORAL DE FLUIDO SEMINAL EN PRÁCTICAS SEXUALES NO COITALES Y SU RELACIÓN CON EL RIESGO DE DESARROLLO DE CÁNCER ORAL".....
Facultad	..FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Departamento INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS.....
CarreraODONTOLOGÍA
Título al que optaTÍTULO DE CIRUJANO(A) DENTISTA
Profesor guíaPROF. XIMENA LEE MUÑOZ
Fecha de entrega4 DE JUNIO DE 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 los sitios www.repositorio.uchile.cl, www.tesischilenas.cl y www.tesislatinoamericanas.info.

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.