



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

### 1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a .....	Sebastián Indo Cofré		
Dirección ..	Dresden 4669, Depto. 1310. San Miguel		
Teléfono.....	9 4213 1697	E-mail	<a href="mailto:srindo@uchile.cl">srindo@uchile.cl</a>
Título de la tesis .....	El factor transcripcional REST reprime el proceso de transición epitelio mesénquima y el fenotipo maligno en células de cáncer de próstata en condiciones de independencia androgénica		
Facultad .....	Facultad de Medicina		
Departamento .....	Departamento de Oncología Básico Clínica		
Carrera .....	Doctorado en Ciencias Biomédicas		
Título al que opta .....	Doctorado en Ciencias Biomédicas		
Profesor guía .....	Prof. Héctor Contreras		
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](http://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.