

**Formulario de Autorización de Publicación de Tesis Electrónicas**Fecha de entrega: 17-12-2021**1. Identificación de la Tesis**

Nombre Alumno: Elizabeth Rivas Yáñez	
Dirección: Flora Lobos 1131, Buin, Santiago	
Teléfono: +56 9 81919956	E-mail: Elizabeth.ecry@gmail.com

Facultad: Facultad de Medicina
Departamento: Departamento de Posgrado
Carrera: Doctorado en Ciencias Biomédicas
Título al que opta: Doctor en Ciencias Biomédicas
Profesor guía: Dra. Daniela Sauma y Dra. Maria Rosa Bono

Título Tesis:
---------------

Temas Tesis: (Palabras clave de 5 a 8 términos) Inmunología linfocitos T CD8 señalización purinérgica
----------------------------------------------------------------------------------------------------------

**2. Autorización de Publicación de Versión Electrónica de la Tesis**

(\*Marque con una X que corresponda)

A través de este medio autorizo al Sistema de Servicios de Información y Bibliotecas de la Universidad de Chile a publicar la versión electrónica de esta tesis en [www.cybertesis.cl](http://www.cybertesis.cl)

**Publicación electrónica\*:**

<input checked="" type="checkbox"/>	Sí autorizo
<input type="checkbox"/>	Autorizo después de ___ año/s
<input type="checkbox"/>	No autorizo



**3. Forma de envío\*:** El texto de la Tesis debe ser enviado en formato word, como archivo doc o rtf para PC. Si usa LaTeX, entréguelo en .DVI y .pdf. Las imágenes que la acompañen pueden ser :gif, jpg o tiff.

En línea: <input checked="" type="checkbox"/>	CDROM: <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------	---------------------------------

Enviar a:

Sistema de Servicios de información y Bibliotecas (SISIB)

Att: Patricio Pastor H.

e-mail: [tesis@uchile.cl](mailto:tesis@uchile.cl)

Diagonal Paraguay No. 265 - Of. 703

Fono 978 2566

