



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a ..Noemi Garcia Jofre
Dirección Avenida santa Elena 659, condominio Quilay, Casa 18. Comuna Colina
Teléfono: +56994253840 E-mail: ncgarcia @uc.cl

Título de la tesis: Tendencia temporal de la tasa de mortalidad por cáncer de mama en mujeres en Chile, periodo 2007-2020
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública
Título al que opta Magister en Salud Pública
Profesor guía: Dra. Olivia Horna campos
Fecha de entrega: 3 de abril 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 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.