



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

### 1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a	Isabella Chacana Aliste.....		
Dirección	Hoevel 4471.....		
Teléfono.....	+56961021697.....	E-mail	.....isabella.chacana.aliste@gmail.com.....


Título de la tesis:	Impacto en el entorno social percibido por personas afectadas por trauma maxilofacial producto de la violencia de Agentes del Estado en el contexto de la movilización social en Chile el año 2019- 2020		
Facultad de	Odontología.....		
Departamento:	INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS ODONTOLÓGICAS (ICOD) ÁREA DE CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO.....		
Carrera	Odontología.....		
Título al que opta.	Cirujano Dentista.....		
Profesor guía	Matías Ríos.....		
Fecha de entrega	12-02-2024.....		

### 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](http://www.repositorio.uchile.cl), [www.tesischilenas.cl](http://www.tesischilenas.cl) y [www.tesislatinoamericanas.info](http://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.