



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

### 1.- Identificación de la Tesis

|                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| Nombre del alumno/a | Rodrigo Ignacio Fuentes Díaz |
| Dirección           | Psje. Pindaro 1017, Maipú    |
| Teléfono            | 995718135                    |
| E-mail              | rodrigo.ifuentes.d@gmail.com |

|                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| Título de la tesis |                            |
| Facultad           | Odontología                |
| Departamento       | Patología y medicina Oral. |
| Carrera            | Odontología                |
| Título al que opta | Cirujano Dentista          |
| Profesor guía      | Juan Pablo Aitken Saavedra |
| 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 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.