



## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

### 1.- Identificación de la Tesis

Nombre del alumno/a ....Felipe González Díaz
Dirección José Victorino Lastarria 179, Depto 41, Santiago.
Teléfono...987416205... E-mail .feli.gonzalezdiaz@gmail.com

Título de la tesis “PERCEPCIÓN DE LAS PERSONAS TRANSMASCULINAS Y NO BINARIAS CON CAPACIDAD DE GESTAR ACERCA DE LA LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE CHILE”.
Facultad: Facultad de Medicina
Departamento: Escuela de Salud Pública
Carrera: Magíster de Salud Pública
Título al que opta: Magíster en Salud Pública
Profesora guía: Fanny Berlagoscky Mora
Fecha de entrega: Febrero 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](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.