



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

1.- Identificación de la Tesis

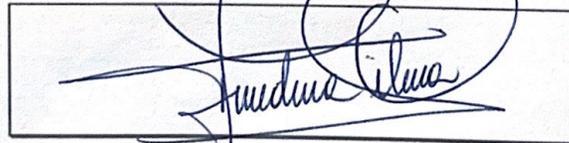
Nombre del alumno/a	VILMA MARLENE MEDINA OLAVE		
Dirección	COLIPI #125, POBL. SARGENTO ALDEA, CURANILAHUE		
Teléfono	+56 9 32640224	E-mail	vilma.medina@redsalud.gob.cl

Título de la tesis	CARACTERIZACIÓN DE LOS BROTES TRANSMITIDOS POR ALIMENTOS NOTIFICADOS EN LA REGIÓN BIO BIO, PERIODO 2013-2017.		
Facultad	MEDICINA		
Departamento	ESCUELA DE SALUD PÚBLICA		
Carrera	MAGISTER SALUD PÚBLICA		
Título al que opta	MAGISTER SALUD PÚBLICA		
Profesor guía	DRA. OLIVIA HORNA - DR. RODRIGO VILLEGAS		
Fecha de entrega	30.05.2024		

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.