



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL

1. El autor del documento:

Apellidos y Nombres: MONTOYA SANCHEZ HELIANA DEL ROCIO

Documento de Identidad: DNI. 27416268

Correo electrónico: heromosa205@hotmail.com

De existir coautores:	
Nombre:	Correo Electrónico:

2. El profesor o asesor del documento (obligatorio en caso de tesis)

Dra. RICO CHANAMÉ Delia Gladys

Dr. CASTILLO CHAVEZ Luis Manuel

3. Identificación del documento:

Modalidad:

() Tesis de pregrado (X) Trabajo de Suficiencia Profesional

() Trabajo Académico

Título profesional o Grado académico obtenido:

TITULO PROFESIONAL

Título del documento:

TRASTORNO DEPRESIVO EN ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL ESTATAL EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES 2020

4. Autorización de publicación:

(X) Autorizo la publicación para el acceso público al contenido completo

() No autorizo la publicación para el acceso público al contenido completo.

() Autorizo la publicación transcurrido un año después de la publicación para el acceso público al contenido completo.

Con el tipo de acceso seleccionado, autorizo a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega a publicar mi obra en el Repositorio Académico.

De no autorizar la publicación, sustento mi decisión en lo siguiente.

Nombre. HELIANA DEL ROCIO MONTOYA SANCHEZ

DNI: 27416268

Firma:

Fecha de recepción del documento: 14/SET/2020.