

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UCT

Yo (Nosotros), **LUISA SABINA COLONIA GRAZA y KRISTY VÁSQUEZ BURGOS**, autor (es) **DEL TRABAJO ACADÉMICO**, titulado: **“IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS OROFACIALES PARA EL DESARROLLO DEL LENGUAJE ORAL EN NIÑOS CON DISLALIA”**, desarrollado para obtener el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EDUCACIÓN ESPECIAL, AUDICIÓN Y LENGUAJE**, sustentado y aprobado el **16 DE AGOSTO DEL 2023**. Cedo (Cedemos), los derechos a la **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO BENEDICTO XVI** para publicar por plazo indefinido la versión digital del documento indicado en el Repositorio Institucional y otros, con los cuales la universidad firme convenio, consintiendo que cualquier tercero podrá acceder a dicha investigación de manera gratuita pudiendo visualizarlas, revisarlas, imprimirlas y/o grabarlas siempre y cuando se respeten los derechos de autor y sea citada correctamente. En virtud de esta autorización, la universidad podrá reproducir mi tesis en cualquier tipo de soporte, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.


Declaro (Declaramos) bajo juramento que esta investigación es una creación de mi (nuestra) autoría con titularidad compartida y que no infringe los derechos de autor de terceras personas. Asimismo, se deja constancia que los archivos digitales (formato PDF y WORD) entregados a la UCT como parte del proceso de obtención del Título Profesional o Grado Académico, es la versión final del documento sustentado y aprobado por el Jurado.

Por ello, el tipo de acceso autorizado para la publicación en el Repositorio Institucional es el siguiente:

CATEGORÍA DE ACCESO	DESCRIPCIÓN DEL ACCESO	MARCAR (X)
ABIERTO	Es público y será posible consultar el texto completo. Se podrá visualizar, grabar e imprimir.	X
RESTRINGIDO	Solo se publicará el hasta el abstract y registro del metadato con información básica.	

En señal de conformidad, se firma el presente formato:

Firma	Investigador 1	Investigador 2
DNI	70246138	32043039
Correo Electrónico	kristyburgos@hotmail.com	Luisacolonia24@gmail.com
Número Telefónico	979359041	950608401
Fecha y Hora	16-agosto—2023—hora 6:00 pm	16-agosto—2023—hora 6:00 pm

FIRMA ALUMNO 1	HUELLA ALUMNO 1	FIRMA ALUMNO 2	HUELLA ALUMNO 2
 Mg. Kristy Vásquez Burgos TECNOLOGO MÉDICO CTMP. N° 8559		 LUISA SABINA COLONIA GRAZA DOCENTE SAANEE	