

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

Yo (Nosotros),

RAQUEL ESNI QUINTOS FLORES	JOSE OBED SANCHEZ RAMIREZ
NOMBRES Y APELLIDOS – AUTOR1	NOMBRES Y APELLIDOS – AUTOR2

Autor (es) **DE LA TESIS**, titulado:

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD ANTE EL COVID EN PACIENTES QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE CHICLAYO, 2022
TÍTULO DEL INFORME SUSTENTADO

Desarrollado para obtener el **GRADO ACADÉMICO** de:
MAESTRO EN

PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD
MENCIÓN DEL GRADO A OPTENER

Sustentado y aprobado el

11

de

Julio

del 2023.

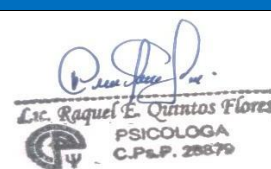
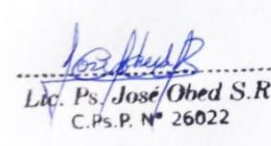
Cedo (Cedemos), los derechos a la **UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO BENEDICTO XVI** para publicar por plazo indefinido la versión digital del documento indicado en el Repositorio Institucional y otros, con los cuales la universidad firme convenio, consintiendo que cualquier tercero podrá acceder a dicha 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:

	Investigador 1	Investigador 2
Firma	 <small>Lic. Raquel E. Quintos Flores PSICOLOGA C.Ps.P. 28679</small>	 <small>Lic. Ps. José Obed S.R. C.Ps.P. Nº 26022</small>
DNI	46027597	41999747
Correo Electrónico	Quintosf_sagitario@hotmail.com	joseobed52020@gmail.com
Número Telefónico	979971958	938366711
Fecha y Hora	07/007/2023 3:00PM	07/007/2023 3:00 PM

