

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

Yo (Nosotros),	MILAGROS PASCUALA JACINTO FIESTAS	INDIRA GANDI RIVASPLATA RENGIFO
	NOMBRES Y APELLIDOS – AUTOR1	NOMBRES Y APELLIDOS – AUTOR2

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

DEPRESIÓN Y FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS EN
PERSONAL DE SALUD DEL DISTRITO DE VICE 2022

TÍTULO DEL INFORME SUSTENTADO

Desarrollado para la obtención el **GRADO ACADÉMICO** de:

MAESTRO EN

PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN: PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA
SALUD

MENCIÓN DEL GRADO A OBTENER

Sustentado y aprobado el 16 de Enero del 2024.

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.

Declaramos bajo juramento que esta investigación es una creación de 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		
DNI	46433130	43386253
Correo Electrónico	mili.1517@hotmail.com	gandi1312@hotmail.com
Número Telefónico	975248414	939260604
Fecha y Hora		

