AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL

1. **El autor del documento:**

Apellidos y Nombres: Rojas Davila Gaby Cecilia
Documento de Identidad: 16125500
Correo electrónico: gabita_2610@hotmail.com

De existir coautores:	Correo Electrónico:
Nombre:	

2. **El profesor o asesor del documento:**

Apellidos y Nombres: Vela Gonzales Sonia

3. **Identificación del documento:**

Modalidad:

( ) Tesis de pregrado
( ) Tesis de Maestría
( ) Trabajo de Investigación
( ) Trabajo de Suficiencia Profesional
( ) Tesis de Doctorado
(x) Trabajo Académico

Título profesional o Grado académico obtenido:
Titulo de Segunda Especialidad en Enfermería en centro quirúrgico.

Título del documento:

NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE POST OPERADO SOBRE LA ATENCION DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO HOSPITAL ESSALUD, 2022.

4. **Autorización de publicación:**

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

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

(x) Autorizo la publicación transcurrida un año después de la sustentación 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: Rojas Davila Gaby Cecilia

DNI: 16125500

Firma: Gaby Rojas Dávila.

Fecha de sustentación: 15/ 08 / 22