**CONSENTIMIENTO ENTREGA**

**TESIS O MEMORIA DE TÍTULO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre y apellido estudiante** |  |
| Año de ingreso a la carrera |  |
| RUT (DNI) estudiante |  |
| Correo electrónico estudiante |  |
| Título de la Memoria o Tesis |  |
| Número de páginas |  |
| **Evaluador 1. Nombre y apellido (profesor/a guía o patrocinante)** |  |
| Institución/ Facultad/ Departamento |  |
| Correo electrónico |  |
| **Evaluador 2. Nombre y apellido (declare si es co-guía)** |  |
| Institución/ Facultad/ Departamento |  |
| Correo electrónico |  |
| **Evaluador 3. Nombre y apellido** |  |
| Institución/ Facultad/ Departamento |  |
| Correo electrónico |  |

DECLARACIÓN PROFESOR/A GUÍA O PATROCINANTE:

A través del siguiente documento, yo [nombre y apellido], profesor/a guía o patrocinante del/la estudiante [nombre y apellido], dejo constancia que el manuscrito de la Tesis o Memoria de Título [seleccionar tesis o memoria], titulada [título completo de la memoria o tesis], cumple con la **pauta para la presentación del documento de tesis** establecida por la Escuela de Arqueología de la Universidad Austral de Chile, y con las exigencias de contenido para ser enviada a la comisión de examen de título para su evaluación en un plazo de 45 días corridos, de acuerdo a la pauta y rúbrica establecida con dicho propósito.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellido (profesor/a guía o patrocinante):

Fecha: