

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

A través de la presente, quien suscribe al pie, solicita al Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito II la publicación online en formato PDF y/o en el boletín informativo del trabajo del cual, y del que es autor/coautor. Autorizando por la presente su REPRODUCCIÓN TOTAL Ó PARCIAL citando la fuente y los autores. Se deja constancia que los términos de la publicación autorizada tienen los siguientes alcances:

1. El trabajo se presentará en el sitio de conformidad con el modelo identificado desarrollado por el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito II. Los usuarios interesados podrán solicitar una copia del texto completo del trabajo.
2. En los trabajos en los que el autor haya gestionado el copyright en los términos de la ley de Derecho de Autor y sus modificatorias, lo pondrá en conocimiento y en forma fehaciente del Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito II a efectos de ser consignado en la referida información a publicar.
3. Para poder participar de este sitio con la publicación de su trabajo, el autor deberá referenciar el ámbito en el que el mismo fue presentado como condición indispensable para que sea admitido.
4. Se deberá presentar personalmente el trabajo a publicar en la Sede del Colegio de Médicos - Distrito II de acuerdo a las características y formato electrónico dispuestos en las normas. Será imprescindible adjuntar la presente solicitud, sin omitir datos, con letra clara y firma.
5. Queda expresamente aclarado entre las partes que el objetivo propuesto es la difusión del conocimiento a través de los trabajos.
6. Para el caso de artículos y/o notas de opinión con firma responsable sobre temas generales relacionados con la ACTIVIDAD MÉDICA o con directa influencia de la misma. Queda expuesto de conformidad que el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito II se RESERVA DEL DERECHO INSTITUCIONAL DE SU PUBLICACIÓN.

Título del trabajo: _____

Fecha de elaboración: _____

Autor/es: _____

Ámbito en que fue presentado el trabajo: _____

Nombre y Apellido del Autorizante: _____

Nro. De Documento: _____

Nro. De Registro Derecho de autor: (Sólo en caso de existir): _____

Correo electrónico: _____

Teléfono/Fax: _____

Nombre y Apellido del Autorizante: _____

Nro. De Documento: _____

Nro. De Registro Derecho de autor: (Sólo en caso de existir) _____

Correo electrónico: _____

Teléfono/Fax: _____

Domicilio: _____

Nombre y Apellido del Autorizante: _____

Nro. De Documento: _____

Nro. De Registro Derecho de autor: (Sólo en caso de existir): _____

Correo electrónico: _____

Teléfono/Fax: _____

Domicilio: _____

Nombre y Apellido del Autorizante: _____

Nro. De Documento: _____

Nro. De Registro Derecho de autor: (Sólo en caso de existir): _____

Correo electrónico: _____

Teléfono/Fax: _____

Domicilio: _____

Nombre y Apellido del Autorizante: _____

Nro. De Documento: _____

Nro. De Registro Derecho de autor: (Sólo en caso de existir): _____

Correo electrónico: _____

Teléfono/Fax: _____

Domicilio: _____

Nombre y Apellido del Autorizante: _____

Nro. De Documento: _____

Nro. De Registro Derecho de autor: (Sólo en caso de existir): _____

Correo electrónico: _____

Teléfono/Fax: _____

Domicilio: _____