



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DEL TRABAJO
PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO O TÍTULO**
(Versión digital)

1. DATOS PERSONALES (especificar los datos de los autores del trabajo)

Apellidos y Nombres: AVILA GARCIA KARLA ANDREA

DNI: 70496132

Correo electrónico (1): lq1003469@zegelipae.pe

Correo electrónico (2): karanavigar@hotmail.com

Código de alumno: IQ1003469

Teféfono (casa y celular): _____ / 982010453

Apellidos y Nombres: CHISTAMA AVILA MARITZA MARIEI

DNI: 43849757

Correo electrónico (1): lq0900765@zegelipae.pe

Correo electrónico (2): mchistamavila@gmail.com

Código de alumno: IQ0900765

Teféfono (casa y celular): _____ / 947 820 985

Apellidos y Nombres: _____

DNI: _____

Correo electrónico (1): _____

Correo electrónico (2): _____

Código de alumno: _____

Teféfono (casa y celular): _____ / _____

2. DATOS DEL DOCUMENTO: (marcar con un X en el cuadro que corresponda)

	TIPO DE DOCUMENTO	MARCAR
GRADO DE BACHILLER	TRABAJO DE INVESTIGACIÓN O PROYECTO DE INNOVACIÓN	
TÍTULO PROFESIONAL	TESIS O TRABAJO ACADÉMICO	X

<p>TÍTULO DEL DOCUMENTO:</p> <p>PLAN DE MEJORA PARA EL POSICIONAMIENTO DE LA EMPRESA RESTAURANTE MAMÁ CHABE EN EL DISTRITO DE IQUITOS, PROVINCIA DE MAYNAS, LORETO EN EL PERIODO 2024</p>
<p>GRADO BACHILLER O TITULO PROFESIONAL OBTENIDO:</p> <p>PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS</p>

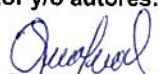
3. AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN: (marcar con un X en el cuadro que corresponda)

Acceso abierto	Documento a texto completo	X
Acceso cerrado	Resumen del documento	

Al marcar con X, autorizo o autorizamos de manera gratuita al Centro de Información de la escuela ZEGEL IPAE a publicar mi o nuestro proyecto profesional de **grado bachiller o título profesional** en el repositorio digital de la institución, o en dónde haya convenios, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.


Fecha de firma: 05 / 07 / 2024

Firma del autor y/o autores:


 Coloque aquí su firma
KARLA ANDREA AVILA GARCIA
 Coloque aquí sus nombres y apellidos

Coloque aquí su firma

 Coloque aquí sus nombres y apellidos


 Coloque aquí su firma
MARITZA MARIEL CHISTAMA AVILA
 Coloque aquí sus nombres y apellidos

Coloque aquí su firma

 Coloque aquí sus nombres y apellidos