|  |
| --- |
| **Información general para la prestación del servicio** |
| Fecha de servicio: |  | Hora del servicio: |  |
| Tiempo estimado (en horas) de la prestación del servicio, (si es posible): |  |
| **Modalidad del servicio** |
| Presencial (Definir dirección o lugar): |  |
| Virtual (Enviar enlace al correo): |  |
| **Sobre los usuarios y el evento** |
| Cuántos y quiénes serán los usuarios del servicio, (en lo posible, nombres de los usuarios sordos y oyentes para indagar por el registro): |
| Nombre de los usuarios sordos:  |
| Nombres de la unidad que organiza evento, actividad institucional y/o académica:  |
| Propósito de la reunión o temas a considerar:  |
| Modalidad de interpretación: Consecutiva \_\_\_\_\_ Simultánea \_\_\_\_\_ |
| Nombre y número de contacto del encargado (s) o responsable (s) del evento: |

**Condiciones para la prestación del servicio:**

* Para solicitar el servicio de interpretación, se requiere la información del presente formato por parte del solicitante con **antelación mínima de tres (3) días**.
* Este formato debe ser diligenciado en su totalidad y enviado mediante correo electrónico a: grupodeatenciondiversidadadif@unillanos.edu.co.

*De antemano el grupo* ***ADIF****, Grupo de Atención a la Diversidad Funcional agradece su atención y colaboración en nuestros esfuerzos por prestarles un servicio de calidad.*