**El servicio de interpretación tiene como objetivo**

Prestar servicios de interpretación como mediador educativo de la Lengua Castellana-oral a la Lengua de Señas Colombiana (LSC) y viceversa, en los diferentes espacios académicos que se registren y en actividades que emerjan fuera de las clases, dirigido a los estudiantes y docentes con limitación auditiva.

**Información del solicitante**

**Institución a la que pertenece:** Universidad Distrital FJC Otra **¿** Cuál? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Facultad **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Sede \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Programa curricular o dependencia:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del solicitante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** código:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Correo electrónico: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de identificación personal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Cédula de ciudadanía \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tarjeta de identidad\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pasaporte \_\_\_\_\_\_\_\_Cédula de extranjeria \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Número de teléfono fijo o celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipo de Usuario:**

Profesor \_\_\_\_ Investigador \_\_\_\_ Egresado UD \_\_\_\_ Estudiante de Pregrado\_\_\_\_ Postgrado \_\_\_\_

Entidad externa \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información sobre el servicio de Interpretación~~:~~**

* Indique la fecha y la hora en querequiere el servicio:

**D**ía \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ finalización \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Seleccione con un X las características del servicio de interpretación que requiere:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Interpretación de Lengua de Señas colombiana para ser presentada en formato digital (video).  | 2 | Interpretación en **c**lases y reuniones**.** |
| 3  | Interpretación en evento académico (en vivo) | 4 | Interpretación en tutorías académicas y procesos administrativos. |
| 5 | Interpretación en salidas pedagógicas. | 6 | Interpretación en sustentación de trabajos de grado. |
| 7 | Capacitación sobre comandos básicos en la lengua de señas colombiana. | 8 | Capacitación sobre la comunidad Sorda y la LSC. |
| 9 | Observación de actividades y procesos académicos dentro del Aula Experimental Asistiva. | 10 | Taller práctico para grupos mínimo de 5 personas. |

|  |
| --- |
| **Describa el propósito del servicio solicitado** |
|  |

**Estimado usuario**, **si solicita el servicio de Interpretación para desarrollar actividades dentro del Aula Experimental Asistiva, tenga en cuenta lo siguiente:**

1. El horario de atención es de lunes a viernes de **8:00 am** a **12:30pm** y de **1:30 pm** a **4:00 pm**.
2. Solicitar el Aula y/o las tecnologías de apoyo, **mínimo** con (**8) ocho días de anticipación**.
3. Ser puntual en la hora de recepción y entrega del servicio de interpretación, del aula y/o de las tecnologías de apoyo solicitados.
4. Al finalizar solicite el formato de valoración y diligéncielo. Sus opiniones y sugerencias son importantes para mejorar los servicios.
5. No está permitido ingerir alimentos dentro de este espacio.
6. Asegúrese de dejar el Aula y/o las tecnologías de apoyo que solicitó en correcto estado.

**Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_