C.I.L.S.E.M.
C.I.F.: G84046309.

SOLICITUD DE INTÉRPRETE DE LENGUA DE SIGNOS DE "SERVICIOS PERSONALES" PARA PERSONAS SORDAS:

- **Nombre y apellidos del/la usuario/a:**
- **Día / Mes /Año:** **Hora de inicio:**
- **Dirección exacta:**
- **Localidad y Código Postal:**
- **Medio de transporte más cercano:**

Metro: **Cercanías:** **Autobús:**

- **Tipo de servicio (entidad o empresa):**
- **Tema o asunto a interpretar en LSE:**
- **Marcar el Tiempo o duración del servicio:**

O1 hora O 1 hora 30min. O 2 horas O 2 horas 30min.

- **En caso de aviso o contacto facilite un teléfono:**

Teléfono Móvil de Contacto por sms:
Teléfono de Contacto por fax:
Email de Contacto:

Inscrita en el Registro de Asociaciones de la Comunidad de Madrid con el Nº 26.753, con C.I.F.: G-84046309.