

**FICHA GABINETE PSICOLÓGICO**  
**(infantil, adolescente, adulto, familiar)**

Nombre del alumno/paciente: .....

Fecha de nacimiento: .....

Nombre de los padres: .....

Dirección y teléfono: .....

e-mail: .....

Curso y centro: .....

curso / terapia: .....

- Los cursos o terapias se abonarán al haber desarrollado la sesión o en caso de bono, antes de recibir la primera terapia. siendo los precios:

**-CURSOS DE TÉCNICAS DE ESTUDIO:**

	<b>*PRIMARIA / 10 sesiones de 1h</b>	<b>*ESO /BACH 12 sesiones 1h</b>
<b>individual:</b>	<b>230€</b>	<b>320€</b>
<b>2 alumnos:</b>	<b>200€</b>	<b>250€</b>
<b>3 alumnos:</b>	<b>180€</b>	<b>230€</b>
<b>4 alumnos:</b>	<b>160€</b>	<b>210€</b>

**- TERAPIAS GABINETE PSICOLÓGICO:**

- \* SESIÓN ORIENTATIVA 40€
- \* INFANTO-JUVENIL (hasta 18 años) ..... BONO 4 SESIONES 140€ / 1 SESIÓN 40€
- \* ADULTO ..... BONO 4 SESIONES 180€ / 1 SESIÓN 50€
- \* FAMILIAR ..... SESIÓN 65€
- \* INFORME SIN PRUEBAS DE EVALUACIÓN "SOLO INTERVENCIÓN" 40€
- \* ENTREVISTA, INFORME Y PRUEBAS DE EVALUACIÓN (4 SESIONES) 220€

**Firma Padre/Madre:** ..... **Firma alumno (+14 años):** .....

Fecha:

**TRATAMIENTO DE PROTECCION DE DATOS**

En nombre de la empresa, CESAR CAMPOAMOR MARTINEZ - NIF: 03081183B, tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarles el servicio solicitado, realizar la facturación del mismo. Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales. los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en los que exista una obligación legal. Ud tiene derecho a obtener confirmación sobre si en CESAR CAMPOAMOR MARTINEZ estamos tratando sus datos personales por tanto tiene derecho a acceder a sus datos personales, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya no sean necesarios. Asimismo solicito su autorización para ofrecerle productos y servicios relacionados con los solicitados y fidelizarle como cliente.

SI  NO