

HOJA DE ENCARGO PROFESIONAL

D./D^a _____ con DNI _____
y domicilio en la localidad de _____ en
C/ _____,
con n.º de teléfono de contacto _____ y correo electrónico
_____,
actuando en nombre propio / en nombre y representación de

ENCARGA a D.D^a _____,
psicólogo___ colegiad___ n.º CM-_____ en el Colegio Oficial de la Psicología de
Castilla-La Mancha, con consulta profesional en C/ _____
_____ de la localidad de
_____, la realización de la siguiente
intervención profesional: _____

Dicha intervención se realizará con arreglo a las normas deontológicas de la psicología y a las **cláusulas** previstas en esta hoja de encargo profesional:

1ª Cada sesión tendrá una duración de _____ minutos, y su coste será de _____ euros, que serán abonados al final de cada una de ellas, a través de _____, salvo que se produzca la cancelación de la sesión y siempre que la cancelación se realice como mínimo, con 24 horas de antelación a la cita. Queda igualmente acordado que, en el caso de no asistir a dos sesiones consecutivas sin previo aviso y sin justificación, se dará por finalizada la intervención, así como la responsabilidad del/la profesional respecto del/la cliente/paciente.

2ª La intervención se desarrollará en las sesiones que se estimen oportunas.

Ambas partes pactarán de mutuo acuerdo los descansos o periodos vacacionales oportunos.

3ª En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, los datos personales facilitados serán recogidos en un fichero del que es responsable _____, con la única finalidad de elaborar la documentación resultante de esta intervención profesional, su facturación, seguimiento posterior y las funciones propias de la actividad profesional que los justifica. Se conservarán los datos durante la relación terapéutica y conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, se procederá a eliminarlos de forma segura.

4ª No se podrá iniciar la intervención sin el consentimiento informado del/la cliente/paciente (o su/s representante/s legal/es en su caso), otorgado a través de documento facilitado por el/la profesional.

5ª Las sesiones no podrán ser grabadas de ninguna forma por el/la cliente / paciente.

Tomando todo lo anterior en consideración, **ACEPTO** las condiciones que constan en el presente documento.

En _____, a ___ de _____ de 202__

Fdo:
D/Dª _____

Fdo:
D/Dª _____
Psicólogo_ Colegiad_ CM_____