|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | http://www.papsf.cat/_Adm3/upload/docs/PapsfDoc744.jpg |  |   **Contrato para dejar de fumar**  Nombre y apellidos:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Me comprometo que a partir del día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (día D) NO VOLVERÉ A FUMAR.    Asumo la responsabilidad total de esta decisión porque considero que comporta un beneficio para mi salud.  Firma |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | http://www.papsf.cat/_Adm3/upload/docs/PapsfDoc744.jpg |  |   **Consentimiento informado para divulgación**  Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Con DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  He estado suficientemente informado/a y entiendo que mi participación en el grupo  para dejar de fumar es voluntaria. Así mismo, acepto que me puedan filmar y/o fotografiar y que se utilice este material con finalidades terapéuticas, como también  para hacer divulgación sanitaria.  Firma |