|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |