



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



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