



## Contracte per deixar de fumar

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Em comprometo que a partir del dia \_\_\_\_\_ (dia D) NO TORNARÉ A FUMAR.

Assumeixo la responsabilitat total d'aquesta decisió perquè considero que comporta un benefici per a la meua salut.

Signatura



## Consentiment informat per a divulgació

Sr./Sra. \_\_\_\_\_

Amb DNI: \_\_\_\_\_

He estat suficientment informat/da i entenc que la meua participació en el grup per deixar de fumar és voluntària. Així mateix, accepto que em puguin filmar i/o fotografiar i que s'utilitzi aquest material amb finalitats terapèutiques, com també per fer-ne divulgació sanitària.

Signatura