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

|  |  |
| --- | --- |
| http://www.papsf.cat/_Adm3/upload/docs/PapsfDoc744.jpg |  |

**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 reporta un benefici per a la meva salut.Signatura**:** |

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

|  |  |
| --- | --- |
| http://www.papsf.cat/_Adm3/upload/docs/PapsfDoc744.jpg |  |

**Consentiment informat per a divulgació**Sr./Sra. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Amb DNI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_He estat suficientment informat/da i entenc que la meva 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: |