|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | 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: |