**WNIOSEK O ZGŁOSZENIE „ŚWIADKA HISTORII”**

|  |
| --- |
| AHM-logo  **Projekt „Archiwum Historii Mówionej”**   1. **DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ**   Nazwisko i imię…………………...................................................................................................  Adres zamieszkania……………………….....................................................................................  Telefon kontaktowy…………………...……….………………………………………………..............  E-mail:…………………………………………………………………………………………………….   1. **DANE ŚWIADKA HISTORII**   Nazwisko i imię…………………………………………………………………………………………..  Miejsce zamieszkania (miejscowość, gmina)…………………………………………………………  Czy „Świadek Historii” został poinformowany o zgłoszeniu przez osobę zgłaszająca do grona „Świadków Czasu” w ramach projektu: Archiwum Historii Mówionej”.  □ **TAK** □ **NIE**  Jaki temat może poruszyć Twój „Świadek Czasu”?…………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………………………………………..  **W razie potrzeby nawiązania kontaktu z Twoim kandydatem na Świadka Historii skontaktujemy się z Tobą na podany przez Ciebie telefon lub e-mail.** |