**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.** |