



# Division of Licensing Services

New York State  
Department of State  
Division of Licensing Services  
P.O. Box 22001  
Albany, NY 12201-2001  
Servicio al Cliente: (518) 474-4429  
www.dos.ny.gov

## Declaración de Experiencia

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA

EN EL ASUNTO DE LA SOLICITUD DE

\_\_\_\_\_ (nombre)  
 Licencia de Operador para: \_\_\_\_\_ Barbero  
 \_\_\_\_\_ Cosmetología  
 \_\_\_\_\_ Estética  
 \_\_\_\_\_ Especialista en uñas  
 \_\_\_\_\_ Estilista de cabello natural  
 \_\_\_\_\_ Depilación

Yo, \_\_\_\_\_, residente en \_\_\_\_\_  
(testigo)

en el condado de \_\_\_\_\_ estado de \_\_\_\_\_.

Actualmente empleado como \_\_\_\_\_ para  
condado de \_\_\_\_\_ estado de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Conozco personalmente a \_\_\_\_\_  
(solicitante)

solicitante de una licencia de operador, por un período de aproximadamente \_\_\_\_\_ años. Sé desde mi propio  
conocimiento que dicho solicitante se ha dedicado a la actividad antes mencionada desde \_\_\_\_\_  
(mes, día, año)

hasta \_\_\_\_\_ en el estado/país de \_\_\_\_\_. Dicho conocimiento está  
(mes, día, año)

basado en los siguientes hechos: (por favor, utilice el reverso si es necesario) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ suscribo y afirmo, bajo pena de perjurio, que las  
declaraciones hechas en este documento han sido revisadas por mí, y que según mi saber y entender son verdaderas y  
correctas.

\_\_\_\_\_ (Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha)

