



# Division of Licensing Services

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

## Заявление о наличии опыта

### НАПЕЧАТАТЬ ИЛИ ЗАПОЛНИТЬ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

#### КАСАТЕЛЬНО ЗАЯВЛЕНИЯ

Лицензия специалиста на работу:	(фамилия, имя) _____ _____ _____ _____ _____	в сфере стрижки и бритья в сфере косметологии в сфере ухода за внешностью в сфере маникюра/педикюра в сфере укладки натуральных волос в сфере восковой депиляции
---------------------------------	-------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Я, \_\_\_\_\_, проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(свидетель)

округ \_\_\_\_\_ штат \_\_\_\_\_.

В настоящее время работаю по найму (должность) \_\_\_\_\_ в  
\_\_\_\_\_ округ \_\_\_\_\_ штат \_\_\_\_\_  
(работодатель)

\_\_\_\_\_. Я лично знаком(-а) с \_\_\_\_\_  
(заявитель)

заявителем на получение лицензии специалиста в течение приблизительно \_\_\_\_\_ лет. По собственному опыту я знаю, что заявитель работает в указанной выше профессиональной сфере с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(день, месяц, год)

\_\_\_\_\_, в штате/округе \_\_\_\_\_. Мое заявление подтверждается  
(день, месяц, год)

следующими фактами: (в случае необходимости используйте обратную сторону листа) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_, подписывая данный документ, утверждаю под страхом наказания за дачу ложных показаний, что мои заявления в нем были мною проверены и, по имеющимся у меня сведениям и по моему убеждению, являются верными и точными.

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Дата)