



Division of Licensing Services

Estado de Nueva York
Departamento de estado
División de Servicios de Licencias
P. O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
Servicio al cliente: (518) 474-4429
<https://dos.ny.gov>

Declaración de experiencia

ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA O MÁQUINA

EN CUESTIÓN DE LA SOLICITUD DE

_____ (Nombre)

- | | | |
|----------------------|-------|-------------------------|
| Licencia de operador | _____ | Peluquería |
| | _____ | Cosmetología |
| | _____ | Estética |
| | _____ | Especialidad en uñas |
| | _____ | Peinado de pelo natural |
| | _____ | Depilación |

Yo, _____, resido en _____
(Testigo)

en el condado de _____ estado de _____

Actualmente estoy empleado como _____ para _____

estado de _____ condado de _____

_____. Conocí personalmente a _____
(solicitante)

el solicitante de una licencia de operador por un período de aproximadamente _____ años. Sé por mi propio conocimiento que

dicho solicitante participó en la práctica mencionada arriba desde _____ hasta _____,
(Mes, día, año) (mes, día, año)

en el estado/país de _____

Tal conocimiento se basa en los siguientes hechos: (Escriba en la parte de atrás si es necesario)

I, _____, suscribo y afirmo, bajo pena de perjurio, que examiné las
declaraciones hechas en este documento y, según mi leal saber y entender, son verdaderas y correctas.

_____ (Firma)

_____ (Fecha)