



Division of Licensing Services

État de New York
Département d'État
Division des Services de Licences
Boîte Postale 22001
Albany, NY 12201-2001
Service à la Clientèle: (518) 474-4429
<https://dos.ny.gov>

Déclaration d'Expérience Professionnelle

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES D'IMPRIMERIE OU TAPER

DANS L'AFFAIRE DE LA DEMANDE DE

(nom)
Licence d'Opérateur pour:
_____ Coiffeur
_____ Cosmétologie
_____ Esthétique
_____ Salon de Manucure
_____ Coiffure Naturelle
_____ Épilation à la cire

Je, _____, réside à _____
(témoin)

dans le comté de _____ de l'état de _____

Je suis actuellement employé(e) en tant que _____ pour
_____ comté de _____ de l'état
de _____ J'ai personnellement connu _____
(demandeur)

le demandeur d'une licence d'opérateur pendant une période d'environ _____ ans. Je sais, par ma propre

connaissance, que ledit demandeur s'est livré à l'activité susmentionnée du _____ au
(mois, jour, année)

_____ dans l'état de/le pays de _____
(mois, jour, année)

Cette connaissance est fondée sur les faits suivants : (Veuillez utiliser le verso si nécessaire)

Je, _____, souscris et affirme, sous peine de parjure, que les
déclarations faites dans le présent document ont été examinées par moi et qu'elles sont, à ma connaissance, véridiques et correctes.

(Date de la signature)

(Date)