



Divisione dei servizi di licenza

Stato di New York
Dipartimento di Stato
Divisione dei servizi di licenza
Casella Postale 22001
Albany, NY 12201-2001
servizio clienti: (518) 474-4429
<https://dos.ny.gov>

Dichiarazione di esperienza

SI PREGA DI STAMPARE O DIGITARE

IN MATERIA DI APPLICAZIONE DELL'

_____ (nome)

Licenza di Operatore: _____ Barbieri
_____ Cosmetologia
_____ Estetica
_____ Specialità in manicure
_____ Acconciatura naturale
_____ Ceretta

Io, _____, risiedo a _____
(testimone)

nella contea di _____ stato di _____.

attualmente sono impiegato come a _____ per

_____ contea di _____ stato di

_____, ho conosciuto personalmente _____
(richiedente)

il richiedente la licenza di operatore per un periodo di circa _____ anni. So per mia conoscenza che il suddetto

richiedente si è impegnato nella suddetta pratica da _____ a, _____
(mese, giorno, anno) (mese, giorno, anno)

nello stato/paese di _____.

Tale conoscenza si basa sui seguenti fatti: (Si prega di utilizzare il retro se necessario)

Io, _____, sottoscrivo e affermo, sotto pena di falsa testimonianza, che
le dichiarazioni qui riportate sono state da me esaminate e, per quanto a mia conoscenza e convinzione, sono vere e corrette.

(Firma)

(Data)