



Division of Licensing Services

New York State – Stan Nowy Jork
Department of State – Departament Stanu
Division of Licensing Services – Wydział Usług Licencyjnych
P.O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
Dział obsługi klienta: (518) 474-4429
<https://dos.ny.gov>

Oświadczenie o doświadczeniu zawodowym

PROSZĘ WYDRUKOWAĆ LUB WPISAĆ ODRĘCZNIE

W SPRAWIE WNIOSKU

(nazwisko)

Licencja do prowadzenia _____ Zakładu fryzjerskiego
_____ Salonu kosmetycznego
_____ Salonu kosmetyki estetycznej
_____ Salonu paznokci
_____ Salonu stylizacji włosów naturalnych
_____ Salonu woskowania

Ja, _____, zamieszkały/a przy _____
(świadek)

w hrabstwie _____ w stanie _____.

Jestem obecnie zatrudniony/a jako _____ na okres

_____ w hrabstwie _____ w stanie

_____. Osobiście znam _____
(kandydat)

kandydata ubiegającego się o licencję do prowadzenia zakładu od _____ lat. Z własnej wiedzy wiadomo mi, że kandydat

wykonywał wyżej wspomnianą praktykę zawodową od _____ do _____,
(miesiąc, dzień, rok) (miesiąc, dzień, rok)

w stanie/hrabstwie _____

Wiedza ta opiera się na następujących faktach: (W razie potrzeby pisz po drugiej stronie kartki)

Ja, _____, podpisuję i poświadczam, pod karą za składanie
fałszywych zeznań, że sprawdziłem/łam oświadczenia zawarte w niniejszym dokumencie, zgodnie z moją najlepszą wiedzą
i przekonaniem oraz że są prawdziwe i poprawne.

(Podpis)

(Data)