



Division of Licensing Services

Штат Нью-Йорк
Департамент Штата
ОТДЕЛ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ УСЛУГ
P.O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
Служба поддержки клиентов: (518) 474-4429
<https://dos.ny.gov>

Заявление о наличии опыта

ЗАПОЛНИТЬ ОТ РУКИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ИЛИ НАПЕЧАТАТЬ

КАСАТЕЛЬНО ЗАЯВЛЕНИЯ

_____ (имя)

Лицензия специалиста на работу: _____ В сфере стрижки и бритья
_____ В сфере косметологии
_____ В сфере ухода за внешностью
_____ В сфере ухода за ногтями
_____ 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 _____ . 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 _____,
(месяц, день, год) (месяц, день, год)
в штате/округе _____.

Мое заявление подтверждается следующими фактами: (в случае необходимости используйте обратную сторону
листа)

Я, _____, подписывая данный документ, утверждаю,
осознавая всю ответственность за предоставление заведомо ложных сведений, что мои заявления в нем были
мною проверены и, по имеющимся у меня сведениям и по моему убеждению, являются верными и точными.

(Подпись)

(Дата)