



Division of Licensing Services

New York State
Department of State
Division of Licensing Services
P.O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
Customer Service: (518) 474-4429
<https://dos.ny.gov>

דערפארונג דערקלערונגען

ביטע שרייב מיט געדרוקטע אותיות אדער טיפ

אין די ענין פון די אפלאקאציע פון

(נאמען)

אָפּעראַטאָר ליצענץ פֿאַר:

שערער _____

קאָסמעטאָלאָג _____

עסטעטיק _____

נאָגל ספּעציאַליטעט _____

נאַטירלעך האַר סטילן _____

וואַקסן _____

איר, _____, וווינען אין _____, _____ (עד)

אין די קאָנטי פון _____ סטעיט פון _____.

איר בין איצט אָנגעשטעלט ווי אַ _____ פֿאַר _____

קאָנטי פון _____ סטעיט פון _____

איר האב פערזענליך געקענט _____ (אפליקאנט)

דער אפליקאנט פֿאַר אַן אָפּעראַטאָרליצענץ פֿאַר אַ פּעריאָד פון בערערך _____ יאָרן. איר וויסן פון מיין אייגן

וויסן אַז די אפליקאנט איז געווען פֿאַרמונען אין די אויבן-גערופענע פיר פון _____ (חודש, טאָג, יאָר) _____, _____ (חודש, טאָג, יאָר) _____

אין די סטעיט/לאַנד פון _____.

אַזאַ וויסן איז באזירט אויף די פאלגענדע פאקטן: (ביטע נוצן די פֿאַרקערט זייט אויב איר דאַרף)

איר, _____, באשטעטיקן, אונטער די שטראף פון שאַדן, אַז די דערקלערונגען געמאכט דאָ זענען איבערגעקוקט דורך מיר און צו דער בעסטער פון מיין וויסן און גלויבן זענען אמת און ריכטיק.

(חתימה)

(דאטע)