



Division of Licensing Services

Estado de Nueva York
Departamento de estado
División de Servicios de Licencias
P. O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
Servicio al cliente: (518) 474-4429
www.dos.ny.gov

Cambio del peluquero supervisor de un peluquero aprendiz

INSTRUCCIONES:

- **Peluquero aprendiz:**

A este formulario debe usarlo un peluquero aprendiz para informar un cambio en su peluquero supervisor durante su aprendizaje. No envíe por correo su certificado de registro con este formulario. El peluquero supervisor debe completar y firmar su parte del formulario y debe devolverlo a la División de Servicios de Licencias. Tenga en cuenta que también puede completar este cambio a través de su cuenta en línea.

- **Peluquero supervisor:**

A este formulario lo debe usar un peluquero supervisor para informar que ya no está supervisando a un peluquero aprendiz. Tenga en cuenta que puede completar este cambio a través de su cuenta en línea.

Cambio de peluquero supervisor

Información del peluquero aprendiz:

NOMBRE: APELLIDO NOMBRE M.I. NÚM. ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN

DIRECCION DE CASA

CIUDA DESTADO CÓDIGO POSTAL+4

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO DURANTE EL DÍA (OPCIONAL)

Información del peluquero supervisor:

NOMBRE: APELLIDO NOMBRE M.I.

NÚM. ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DEL PELUQUERO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO DURANTE EL DÍA (OPCIONAL)

Fecha cambio de peluquero supervisor:

Afirmación del peluquero supervisor con licencia:

Yo, el abajo firmante, suscribo y afirmo bajo pena de perjurio, que el solicitante mencionado estará bajo mi supervisión y dirección durante su aprendizaje de 24 meses según lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley General de Negocios y las normas y reglamentaciones promulgadas en virtud de la misma. (19 NYCRR).

FIRMA DEL PELUQUERO SUPERVISOR CON LICENCIA FECHA

Cambio del peluquero supervisor de un peluquero aprendiz

Terminación del peluquero aprendiz

Información del peluquero aprendiz:

NOMBRE: APELLIDO	NOMBRE	M.I.	NÚM. ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN
------------------	--------	------	------------------------------

DIRECCION DE CASA

CIUDAD	DESTADO	CÓDIGO POSTAL+4
--------	---------	-----------------

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DURANTE EL DÍA (OPCIONAL)
---------------------------------	------------------------------------

Información del peluquero supervisor:

NOMBRE: APELLIDO	NOMBRE	M.I.
------------------	--------	------

NÚM. ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN DEL PELUQUERO

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DURANTE EL DÍA (OPCIONAL)
---------------------------------	------------------------------------

Fecha terminación del peluquero aprendiz:

Afirmación del peluquero supervisor con licencia:

Yo, el abajo firmante, era el peluquero supervisor autorizado del registro del peluquero aprendiz nombrado.
Ya no seré el peluquero supervisor autorizado del registro.

FIRMA DEL PELUQUERO SUPERVISOR CON LICENCIA

FECHA