



Division of Licensing Services

Stan Nowy Jork
Departament Stanu
Wydział Usług Licencyjnych
P.O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
Obsługa Klienta: (518) 474-4429
www.dos.ny.gov

Zmiana fryzjera nadzorującego pracę fryzjera-praktykanta

WSKAZÓWKI:

- **Fryzjer-praktykant:**

Niniejszy formularz powinien zostać wykorzystany przez fryzjera-praktykanta w celu zgłoszenia zmiany fryzjera nadzorującego w trakcie odbywania praktyk zawodowych. Wraz z niniejszym formularzem nie należy wysyłać zaświadczenia o rejestracji. Fryzjer nadzorujący powinien wypełnić i podpisać swoją część formularza, który należy odesłać do Wydziału Usług Licencyjnych. Prosimy zwrócić uwagę, że zmiany można również dokonać po zalogowaniu na konto internetowe.

- **Fryzjer nadzorujący:**

Niniejszy formularz powinien zostać wykorzystany przez fryzjera nadzorującego w celu zgłoszenia, że nie nadzoruje już fryzjera-praktykanta. Prosimy zwrócić uwagę, że zmiany można również dokonać po zalogowaniu na konto internetowe.

Zmiana fryzjera nadzorującego

Dane fryzjera-praktykanta:

NAZWISKO	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	UNIKALNY NUMER IDENTYFIKACYJNY
ADRES ZAMIESZKANIA			
MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD ZIP+4	
ADRES E-MAIL	NR TEL. W GODZ. PRACY (OPCJONALNIE)		

Dane fryzjera nadzorującego:

NAZWISKO	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ
UNIKALNY NUMER IDENTYFIKACYJNY FRYZJERA		
ADRES E-MAIL	NR TEL. W GODZ. PRACY (OPCJONALNIE)	

Data zmiany fryzjera nadzorującego:

Poświadczenie licencjonowanego fryzjera nadzorującego praktyki zawodowe:

Ja, niżej podpisany/podpisana, podpisuję i potwierdzam pod groźbą kary za składanie fałszywych oświadczeń, że wymieniony wnioskodawca będzie pracować pod moim nadzorem i kierownictwem podczas 24-miesięcznej praktyki zawodowej, zgodnie z postanowieniami artykułu 28 ustawy o działalności gospodarczej (General Business Law) i przepisami wydanymi na jej podstawie (19 NYCRR).

PODPIS LICENCJONOWANEGO FRYZJERA NADZORUJĄCEGO	DATA
--	------

Zmiana fryzjera nadzorującego pracę fryzjera-praktykanta

Zakończenie nadzoru sprawowanego przez fryzjera nadzorującego**Dane fryzjera-praktykanta:**

NAZWISKO	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ	UNIKALNY NUMER IDENTYFIKACYJNY
----------	------	-------------	--------------------------------

ADRES ZAMIESZKANIA

MIEJSCOWOŚĆ	STAN	KOD ZIP+4
-------------	------	-----------

ADRES E-MAIL	NR TEL. W GODZ. PRACY (OPCJONALNIE)
--------------	-------------------------------------

Dane fryzjera nadzorującego:

NAZWISKO	IMIĘ	DRUGIE IMIĘ
----------	------	-------------

UNIKALNY NUMER IDENTYFIKACYJNY FRYZJERA

ADRES E-MAIL	NR TEL. W GODZ. PRACY (OPCJONALNIE)
--------------	-------------------------------------

Data zakończenia nadzoru nad praktyką zawodową:

Oświadczenie licencjonowanego fryzjera nadzorującego praktyki zawodowe:

Ja, niżej podpisany/podpisana, nadzorowałem/nadzorowałam pracę wymienionego fryzjera-praktykanta jako fryzjer nadzorujący. Oświadczam, że nie będę już pełnić ww. funkcji.

PODPIS LICENCJONOWANEGO FRYZJERA NADZORUJĄCEGO

DATA