



Division of Licensing Services

New York State
Department of State
Division of Licensing Services
Appearance Enhancement
P.O. BOX 22049
Albany, NY 12201-2049
Servicio al cliente: (518) 474-4429
www.dos.ny.gov

Registro de horas trabajadas del Aprendiz de Especialista en Uñas

NOMBRE: APELLIDO NOMBRE INICIAL 2.º NOMBRE NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN

DIRECCIÓN PARTICULAR

CIUDAD ESTADO CP+4

PERÍODO CUBIERTO Del _____ de 20 ____ al _____ de 20 ____

IMPORTANTE: NO PIERDA ESTE REGISTRO.

- ➔ Durante su período de aprendizaje, debe llevar un registro que indique las horas trabajadas y el nombre de la persona que lo supervisó durante dicho período. Esto lo protegerá y confirmará que trabajó como Aprendiz de Especialista en Uñas durante un año.
- ➔ Registre el número de horas trabajadas cada día en la página 2 de este formulario.
- ➔ Muéstrelle este formulario al Investigador del estado cuando se lo solicite.
- ➔ Al renunciar a un salón o cuando haya finalizado su período de aprendizaje, ingrese la información en la sección “Registro de trabajo” a continuación.

Si necesita más hojas, puede fotocopiar este formulario tantas veces como sea necesario.

REGISTRO DE TRABAJO

Nombre del salón	Dirección	Desde	hasta

