NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY.
Division of Licensing Services

Division of Licensing Services
P.O. Box 22001
Albany, NY 12201-2001
Отдел по работе с клиентами: (518) 474-4429
www.dos.ny.gov

Форма свидетельства о состоянии здоровья

Медицинскому работнику:
Настоящая форма должна использоваться в отношении пациентов, которые направляются на обязательное обследование врачом, помощником врача или практикующей медсестрой для подачи заявления на получение лицензии на работу в индустрии красоты и в сфере стрижки и бритья. Заполните нижеследующую часть формы и поставьте в конце дату и подпись.

Лицу, подающему заявление на получение лицензии для работы в индустрии красоты и/или в сфере стрижки и бритья.
Вы должны пройти медицинский осмотр, чтобы подать заявление на получение лицензии для работы в сфере косметологии, ухода за внешностью, маникюра/педикюра, укладки натуральных волос, восковой депиляции и стрижки и бритья. Вашему врачу, помощнику врача или практикующей медсестре необходимо заполнить данную форму свидетельства, подписать ее и проставить в конце дату. Вы должны подать свое заявление на получение лицензии через интернет в течение 30 дней начиная со дня медосмотра.

Указания.
При подаче заявления на получение лицензии через интернет просьба использовать информацию, представленную в данном свидетельстве. В системе вам будет необходимо ввести информацию из данной формы в поля свидетельства о состоянии здоровья.

Примечание: данная заполненная форма свидетельства о состоянии здоровья подлежит изучению следователем для проверки соблюдения этого требования. В инспекционных целях данные этой формы должны храниться у вас на работе в течение 3 лет.

Свидетельство о состоянии здоровья

Я являюсь надлежащим образом лицензированным врачом ☐, надлежащим образом лицензированным помощником врача ☐ или надлежащим образом лицензированной практикующей медсестрой ☐ и настоящим заявляю,

что в ходе планового обследования _____, состоявшегося
(имя и фамилия заявителя)

_____ , мной не было выявлено клинических доказательств
(дата проведения обследования)
наличия у заявителя инфекционного или контагиозного заболевания, которое может представлять собой значительный риск или непосредственную угрозу для здоровья и безопасности людей в ходе осуществления заявителем своей профессиональной деятельности.

Имя и фамилия врача печатными буквами: _____ Дата: _____

Рабочий адрес врача: _____

Подпись врача: _____ Должность: _____