EXAMEN CONSEJEROS DE SEGURIDAD POR CARRETERA ADR

Especialida **Resto** **Fecha :** **Hora :**

CALIFICACIÓN :

DNI : Nº DE ERRORES : APTO NO APTO

Primer

Segundo Apellido :

Nombre :

Firma de la persona que se

MARQUE

☒ Mal ◉ Bien ⊕ Anular

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	X			X	X		X			X		X				X	
											X						
		X	X			X							X	X			
X								X	X						X		X

19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
			X		X					X					X		
				X			X									X	X
	X	X						X	X			X		X			
X						X					X		X				

37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
			X			X			X		X		X
				X			X					X	
	X				X					X			
X		X						X					