

## EXAMEN CONSEJEROS DE SEGURIDAD POR CARRETERA ADR

Especialidad: **Gases**

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					