EXAMEN CONSEJEROS DE SEGURIDAD POR CARRETERA ADR

Especialida **Todas** **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							