EXAMEN CONSEJEROS DE SEGURIDAD POR CARRETERA ADR

Especialida **Radiactivos** **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					