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