EXAMEN CONSEJEROS DE SEGURIDAD POR CARRETERA ADR

Especialida **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