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			