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	