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			