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		