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	