



## EXAMEN PEÓN ELECTRICISTA

Nombre: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_

Respuestas correctas: \_\_\_\_\_

Puntuación: \_\_\_\_\_

**Nota:**

Marque con una X la respuesta correcta,

Sí te equivocas envuelve la incorrecta en un círculo (X).

Pregunta 1: <input checked="" type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 2: <input checked="" type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 3: <input checked="" type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 4: <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input checked="" type="checkbox"/> c)
Pregunta 5: <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input checked="" type="checkbox"/> c)	Pregunta 6: <input type="checkbox"/> a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 7: <input checked="" type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 8: <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input checked="" type="checkbox"/> c)
Pregunta 9: <input type="checkbox"/> a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 10: <input type="checkbox"/> a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 11: <input type="checkbox"/> a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 12: <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input checked="" type="checkbox"/> c)
Pregunta 13: <input checked="" type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 14: <input type="checkbox"/> a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 15: <input type="checkbox"/> a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 16: <input type="checkbox"/> a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)
Pregunta 17: <input type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input checked="" type="checkbox"/> c)	Pregunta 18: <input checked="" type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 19: <input type="checkbox"/> a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)	Pregunta 20: <input checked="" type="checkbox"/> a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)

Firma: \_\_\_\_\_