CENTRO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL CERDEÑO

CICLO FORMATIVO: EMERGENCIAS SANITARIAS
MÓDULO: DOTACIÓN SANITARIA
NOMBRE Y APELLIDOS _____ **DNI/NIE** _____

PLANTILLA DE RESPUESTAS

LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES ANTES DE INICIAR EL EXAMEN:

Se encuentra usted ante un cuestionario de preguntas en el que cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas (de la **A** a la **D**) siendo solo una verdadera. Tiene que marcar en la plantilla con una X la letra que corresponda a su repuesta. **Cada pregunta contestada correctamente suma 1 punto mientras que las erróneas restan 0,33 puntos. Las cuestiones en blanco no suman ni restan**. Las dos últimas preguntas (31 y 32) son de reserva y deben responderse al igual que las anteriores en esta plantilla. Se valorará la pregunta número 31 si es anulada una de las 30 primeras y se valorarán las preguntas número 31 y 32 si se anulan dos de las 30 primeras.

TABLA DE RESPUESTAS				
1		B	C	D
2	A		C	D
3	A	B	C	
4		B	C	D
5	A	B		D
6		B	C	D
7	A		C	D
8	A	B		D
9	A	B		D
10	A	B		D
11	A		C	D
12	A	B		D
13		B	C	D
14	A	B	C	
15	A		C	D
16		B	C	D
17	A		C	D
18	A		C	D
19		B	C	D
20	A	B		D
21	A		C	D
22	A		C	D
23		B	C	D
24	A	B	C	
25	A		C	D
26	A	B		D
27		B	C	D
28	A	B	C	
29		B	C	D
30	A		C	D
RESERVA				
31	A		C	D
32	A	B	C	

Respuesta elegida: A

A	B	C	D

Nueva respuesta elegida: C

A	B	C	D

La respuesta elegida se marcará con una X.
En caso de equivocación se tacha la casilla equivocada y se pone otra X en la que se considera válida. Debe estar clara la opción elegida (una sola respuesta) ya que, en caso de duda, la pregunta se considerará "no contestada".

CONTESTADAS	
NO CONTESTADAS	
CORRECTAS	
INCORRECTAS	X 0,33 =
PUNTUACIÓN	
CALIFICACIÓN (sobre 10)	

Observaciones realizadas por la Comisión de Evaluación (rellenar o indicar N/A):

Fecha y firma candidato/a: