

Name:

Datum:

Nr:

Responde con verdadero o falso según corresponda

|     |                                                                                     |              |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1.- |    | TRUE – FALSE |
| 2.- |    | TRUE – FALSE |
| 3.- |   | TRUE – FALSE |
| 4.- |  | TRUE – FALSE |
| 5.- |  | TRUE – FALSE |
| 6.- |  | TRUE – FALSE |
| 7.- |  | TRUE – FALSE |
| 8.- |  | TRUE – FALSE |
| 9.- |  | TRUE – FALSE |
| 10. |  | TRUE – FALSE |