Agile Tester
Certificate in Software Testing 2015-03-09
Practice Exam
Answer sheet

Make a crossover (X) for your answer per question. Mark only one answer per question. Erase any answer you decide to change and mark your new chosen answer clearly.

1	(a)	(b)	(c)	(d)
2	(a)	(b)	(c)	(d)
3	(a)	(b)	(c)	(d)
4	(a)	(b)	(c)	(d)
5	(a)	(b)	(c)	(d)

21	(a)	(b)	(c)	(d)
22	(a)	(b)	(c)	(d)
23	(a)	(b)	(c)	(d)
24	(a)	(b)	(c)	(d)
25	(a)	(b)	(c)	(d)

6	(a)	(b)	(c)	(d)
7	(a)	(b)	(c)	(d)
8	(a)	(b)	(c)	(d)
9	(a)	(b)	(c)	(d)
10	(a)	(b)	(c)	(d)

26	(a)	(b)	(c)	(d)
27	(a)	(b)	(c)	(d)
28	(a)	(b)	(c)	(d)
29	(a)	(b)	(c)	(d)
30	(a)	(b)	(c)	(d)

11	(a)	(b)	(c)	(d)
12	(a)	(b)	(c)	(d)
13	(a)	(b)	(c)	(d)
14	(a)	(b)	(c)	(d)
15	(a)	(b)	(c)	(d)

31	(a)	(b)	(c)	(d)
32	(a)	(b)	(c)	(d)
33	(a)	(b)	(c)	(d)
34	(a)	(b)	(c)	(d)
35	(a)	(b)	(c)	(d)

16	(a)	(b)	(c)	(d)
17	(a)	(b)	(c)	(d)
18	(a)	(b)	(c)	(d)
19	(a)	(b)	(c)	(d)
20	(a)	(b)	(c)	(d)

36	(a)	(b)	(c)	(d)
37	(a)	(b)	(c)	(d)
38	(a)	(b)	(c)	(d)
39	(a)	(b)	(c)	(d)
40	(a)	(b)	(c)	(d)

Name: _____

Please complete form in **BLOCK** Capitals.	*ISTQB Software Testing* **Agile Tester** **Candidate Registration Form**

IS ENGLISH YOUR 1ST LANGUAGE YES / NO IF NO, WHAT IS?	**Candidate Number** (*Office use only*)

PLEASE PRINT READABLE. The text below will be used in mailing the certificate.

First Name	**Surname**
Home Address	**Work Name and Address**
Home Telephone Number	**Work/Daytime Telephone Number**

N.B. All correspondence will be addressed to your home address unless otherwise stated

Email address:

Education: Highest qualification achieved and date achieved

Date	*Qualification*

Experience:	**Number of years**
As a Software Tester	
As a Software Developer	
Other: (please specify)	

Did you: (Please select **only one** option)	☐ **Attend the previous finished Agile Tester course? (Classroom or e-learning)** ☐ **Attend an Agile Tester course earlier?** ☐ **Only study by yourself?**

Dates of course attended:	
ISTQB Training Company:	

Please PRINT how you would like your name to appear on the certificate

Candidate's Signature………………………………………………. Date   2015-03-09

Please tick here if you do not wish your examination mark to be released to your Training Provider. ☐