

Foundation Certificate in Software Testing

Övningstenta ver 2015

2015-12-19

Svarsformulär

Markera ditt svar med ett kryss (X) för varje fråga. Markera endast ett svar per fråga. Sudda ut svaret om du ändrar dig och markera tydligt ditt nya svar.

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)

Namn: _____

Vänligen fyll i formuläret nedan med VERSALER.	<h2 style="margin: 0;">ISTQB Software Testing Foundation Certificate</h2> <h3 style="margin: 0;">Registreringsformulär</h3>	
Är svenska ditt modersmål? JA / NEJ Om nej, Vilket?	Kandidatnummer <i>(SSTB internt)</i>	
Vänligen skriv läsbart. Informationen kommer att användas i kommunikationen för diplommet.		
Förnamn	Efternamn	
Hemadress	Företag och adress	
Telefonnummer hem	Telefonnummer dagtid	
OBS! All information kommer att skickas till din hemadress om inte annat angetts.		
Email-adress:		
Utbildning: Högst uppnådda utbildning och datum		
Datum	Utbildning	
Erfarenhet:	Antal år	
Som testare		
Som programvaruutvecklare		
Annat: (vänligen specificera)		
Hur förberedde du dig för den här certifieringen? <i>(Välj endast ett alternativ)</i>	<input type="checkbox"/> Deltog i den nyligen avslutade ISTQB-grundkursen (lärarledd eller e-learning) <input type="checkbox"/> Har deltagit i en ISTQB grundkurs tidigare <input type="checkbox"/> Har enbart studerat själv	
Datum för kursen:		
Vänligen skriv tydligt hur du vill att ditt namn skall se ut på diplommet		
Signatur		Datum
Vänligen kryssa i denna ruta om du INTE vill att kurshållaren skall bli informerad om ditt resultat.		<input type="checkbox"/>