



**Centro di Ricerca Erba Sacra**  
**OPERA - Accademia Italiana di Formazione Olistica**



*Si certifica che*

*Nome e Cognome*

*ha concluso positivamente il percorso formativo di*

**RIFLESSOLOGIA PLANTARE**

*Il Responsabile della Formazione*

*Il Presidente di Erba Sacra*

Luogo e data dell'esame



N. Registro Scuola: FORM-xxx-OP