



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



*Si certifica che*

*Nome e Cognome*

*ha concluso positivamente il percorso formativo di*

**TECNICA CRANIOSACRALE**

*La Responsabile della Formazione*



*Il Presidente di Erba Sacra*

Luogo e Data



N. Registro ASPIN: FORM-xxxx-OP