

Agence de Prévoyance Sociale
de PLATEAU
Tel: 27 20 33 00 20



Abidjan, le 27 Septembre 2024

N°: 01/847/1/APSP/2024

Je soussigné (e) Monsieur **MEBY A. FOFANA**, Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de PLATEAU atteste que :

Madame: **OUATTARA DAGALEKIGO SAFIATOU**

Né(e) le: **08/02/1992**

Adresse: **16 BP 1306 ABIDJAN 16**

Téléphone: **2252721389681**

Email: **dagalekigosafiatouo@gmail.com**

N°Passeport: **22AI22231**

Date de validité de la pièce: **26/10/2027**

Employé(e) chez: **SANLAM ASSURANCE**

Matricule employeur: **57 496**

Depuis le: **03/02/2020**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **292012045785**.

En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

LE DIRECTEUR D'AGENCE



MEBY A. FOFANA