

Agence de Prévoyance Sociale
de YOPOUGON
Tel: 27 23 53 76 90



Abidjan, le 21 Octobre 2024

N°: 06/917/1/APSY/2024

Je soussigné (e) Madame **KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE**, Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de YOPOUGON atteste que :

Madame: **FIENI KOUMAN REINE FLAVIE**

Né(e) le: **20/03/1980**

Adresse: **06 BP 347 ABIDJAN 06**

Téléphone: **2250708099668**

Email: **reineflower@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI000258759**

Date de validité de la pièce: **16/10/2030**

Employé(e) chez: **COVEC-COTE D'IVOIRE**

Matricule employeur: **84621**

Depuis le: **02/02/2009**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **280010902387**.

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

LE DIRECTEUR D'AGENCE

KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE