

Agence de Prévoyance Sociale
de TREICHVILLE
Tel: 27 21 75 48 00



Abidjan, le 21 Octobre 2024

N°: 02/2816/1/APST/2024

Je soussigné (e) Madame **ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE ANTOINETTE**,
Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Monsieur: **KOBON ATSE NARCISSE**

Né(e) le: **02/01/1989**

Adresse: **01 BP 5939 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250709651397**

Email: **siscokobon@icloud.com**

N°pièce d'identité: **CI000643158**

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

Employé(e) chez: **SOCIETE REDA ET FILS COTE D'IVOIRE**

Matricule employeur: **278537**

Depuis le: **01/05/2016**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance
Sociale sous le numéro salarié CNPS **189011635783**.

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

LE DIRECTEUR D'AGENCE

ANGAMAN NEE ZAGBAYOU DAHIO MARIE