

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



Abidjan, le 04 Novembre 2024

**N°: 02/2781/1/APST/2024**

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

Monsieur: **SOUMAHORO MORY**

Né(e) le: **27/11/1980**

Adresse: **01 BP 1346 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250170708661**

Email: **estp21@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI002414300**

Date de validité de la pièce: **22/10/2031**

Employé(e) chez: **ESTP**

Matricule employeur: **461923**

Depuis le: **01/04/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance  
Sociale sous le numéro salarié CNPS **180220475429**.

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**