

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



Abidjan, le 12 Novembre 2024

N°: 02/1958/1/APST/2024

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

Monsieur: **COULIBALY SONGUIDA MOHAMED**

Né(e) le: **20/05/1984**

Adresse: **01 BP 5939 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250505219316**

Email: **coulsongidamomo@gmail.com**

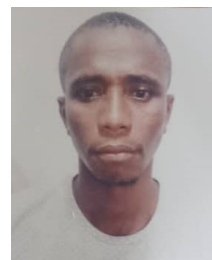
N°pièce d'identité: **CI003643154**

Date de validité de la pièce: **16/10/2031**

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

Matricule employeur: **278537**

Depuis le: **01/07/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **184011551702**.

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