

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



Abidjan, le 20 Novembre 2024

N°: 02/1648/APST/2024

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

Madame: **COULIBALY NASSARA**

Né(e) le: **28/09/1985**

Adresse: **01 BP 5939 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250707057213**

Email: **coulibalynass@gmail.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: **01/06/2016**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance
Sociale sous le numéro salarié CNPS **285011635782**.

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 ANTOINETTE