

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



Abidjan, le 02 Juillet 2025

N°: 06/1209/1/APSY/2025

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

Madame: **FOFANE MALAMA**

Né(e) le: **11/05/1987**

Adresse: **04 BP 2504 ABIDJAN 04**

Téléphone: **2250789299260**

E-mail: **fofanamalana@gmail.com**

N°pièce d'identité: **21AH49442**

Date de validité de la pièce: **17/07/2027**

Employé(e) chez: **HSMG (HOLDING SANGARE MOHAMED GROUP)**

Matricule employeur: **271495**

Depuis le: **27/10/2021**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **287102194635**.

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