

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



Abidjan, le 04 Aout 2025

**N°: 06/1744/1/APSY/2025**

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

Mademoiselle: **DIGBEU MAZO CHARLENE**

Né(e) le: **16/02/2000**

Adresse: **01 BP 1107 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250758020260**

Email: **mazocharlenedigbeu@gmail.com**

N°passeport: **CI006515474**

Date de validité de la pièce: **01/02/2034**

Employé(e) chez: **ETS MCD**

Matricule employeur: **251469**

Depuis le: **29/09/2020**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **200092075846**.

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**