

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



Abidjan, le 23 Septembre 2025

N°: 02/2199/1/APST/2025

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

Monsieur: **GNIGNONMAO PARVEL BOBLAE**

Né(e) le: **17/11/1989**

Adresse: **26 BP 725 ABIDJAN 26**

Téléphone: **2250718709759**

N°pièce d'identité: **CI004189772**

Date de validité de la pièce: **10/05/2032**

Email: **israelexauce3@gmail.com**

Employé(e) chez: **SOLIBRA**

Matricule employeur: **213094G**

Depuis le: **03/08/2021**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **1890122027548**.

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**