

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



Abidjan, le 29 Septembre 2025

**N°: 06/1796/1/APSY/2025**

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

Mademoiselle: **NOBA ACKAH EHUA GRACE DAFNEY INGRID**

Né(e) le: **12/07/2002**

Adresse: **05 BP 237 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250789870180**

Email: **ddalanda2021@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI005244219**

Date de validité de la pièce: **14/12/2032**

Employé(e) chez: **N.D.G**

Matricule employeur: **68427**

Depuis le: **23/12/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202122251990**.

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**