

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



Abidjan, le 29 Septembre 2025

N°: 06/2395/1/APSY/2025

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

Mademoiselle: **TOUNKARA AWA**

Né(e) le: **15/02/1997**

Adresse: **01 BP 1299 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250720204258**

Email: **saidbeni2805@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI007533848**

Date de validité de la pièce: **09/02/2035**

Employé(e) chez: **NEEMBA COTE D'IVOIRE**

Matricule employeur: **000019**

Depuis le: **04/04/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **297011983563**.

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