

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



Abidjan, le 30 Septembre 2025

N°: 06/057/1/APSY/2025

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

Monsieur: **NLEND LIBAM ANTOINE**

Né(e) le: **29/07/1972**

Adresse: **30 BP 711 ABIDJAN 30**

Téléphone: **2252720364554**

Email: **antoine.nlend@yahoo.fr**

N°pièce d'identité: **AA636797**

Date de validité de la pièce: **05/10/2028**

Employé(e) chez: **NOUVELLE LINZ AGENCE MEDICALE**

Matricule employeur: **236424**

Depuis le: **06/03/2014**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **172100124702**.

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