

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



Abidjan, le 16 Octobre 2025

N°: 02/330/1/APST/2025

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

Monsieur: **DIARRASSOUBA SIRIKI**
Né(e) le: **11/12/1982**
Adresse: **01 BP 1381 ABIDJAN 01**
Téléphone: **2250748322474**
N°pièce d'identité: **CI000931200**
Date de validité de la pièce: **08/12/2030**
Email: **diasiriki@gmail.com**
Employé(e) chez: **BOLLORE COTE D'IVOIRE**
Matricule employeur: **113214**
Depuis le: **01/06/2013**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **182011675389**.
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