

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



Abidjan, le 16 Octobre 2025

**N°: 06/3159/1/APSY/2025**

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

Monsieur: **KOROMA MORY**

Né(e) le: **14/12/1992**

Adresse: **01 BP 1299 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250506337945**

Email: **koro.mory9212@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI006623606**

Date de validité de la pièce: **14/03/2034**

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

Matricule employeur: **000019**

Depuis le: **04/04/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **192302021893**.

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**