

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



Abidjan, le 30 Septembre 2025

N°: 06/2619/1/APSY/2025

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

Madame: **SANGARE AWA**

Né(e) le: **01/01/1981**

Adresse: **01 BP 1562 ABIDJAN 01**

Téléphone: **2250707561777**

Email: **sawa99590@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI002253732**

Date de validité de la pièce: **03/09/2031**

Employé(e) chez: **S.A SERVICES**

Matricule employeur: **359466**

Depuis le: **04/09/2024**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **281092424638**.

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