

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



Abidjan, le 15 Décembre 2025

N°: 06/5219/1/APSY/2025

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

Monsieur: **DEPEU DONALD**

Né(e) le: **15/07/2002**

Adresse: **06 BP 2561 ABIDJAN 06**

Téléphone: **2250788832720**

Email: **dep203@gmail.com**

N°pièce d'identité: **23AR23635**

Date de validité de la pièce: **16/05/2029**

Employé(e) chez: **PACTS CI**

Matricule employeur: **180880**

Depuis le: **02/09/2024**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202402097801**.

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