



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

Abidjan, le 24 Mars 2025

N°: 06/835/1/APSY/2025

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

Madame: **GROTTO MARINA CLARISSE**

Né(e) le: **28/04/1995**

Adresse: **31 BP 544 ABIDJAN 31**

Téléphone: **2250749817544**

Email: **marinagrotto49@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI005140057**

Date de validité de la pièce: **21/11/2032**

Employé(e) chez: **CSU(CENTRE DE SANTE URBAINE COMMUNAUTAIRE DE YOPOUGON)**

Matricule employeur: **220856**

Depuis le: **02/02/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **295021907154**.

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