

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



Abidjan, le 11 Novembre 2024

N°: 02/1725/1/APST/2024

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

Monsieur: **DOSSO SIAKA**

Né(e) le: **27/07/1999**

Adresse: **05 BP 4421 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2721759350**

Email: **kabalane@africaonline.co.ci**

N°pièce d'identité: **C0107505213**

Date de validité de la pièce: **12/07/2026**

Employé(e) chez: **KABALANE & CIE SA**

Matricule employeur: **134224**

Depuis le: **05/05/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **199012230171**.

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