

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



Abidjan, le 02 Décembre 2024

N°: 06/405/1/APSY/2024

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

Madame: **CHERIF AWA**

Né(e) le: **18/04/1976**

Adresse: **05 BP**

Téléphone: **2250759020675**

Email: **cherifawa18@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI002038405**

Date de validité de la pièce: **09/07/2031**

Employé(e) chez: **CENTRE D'ANIMATION SANITAIRE ET D'ETUDES
SOCIALES**

Matricule employeur: **241652**

Depuis le: **05/10/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **276011826547**.

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