

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



Abidjan, le 03 Décembre 2024

N°: 06/379/1/PSY/2024

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

Mademoiselle: **ZORKOT FATME**

Né(e) le: **04/06/1995**

Adresse: **04 BP 2752 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250701602222**

N°Passeport: **23AK62424**

Date de validité de la pièce: **11/05/2028**

Employé(e) chez: **ITALMIX**

Matricule employeur: **418683**

Depuis le: **04/03/2021**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **295012121605**.

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