

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



Abidjan, le 28 Novembre 2024

N°: 06/863/1/APSY/2024

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

Monsieur: **COULIBALY MOISE MOUSSA**

Né(e) le: **08/04/1996**

Adresse: **09 BP 3817 ABIDJAN 09**

Téléphone: **2250748623336**

Email: **coulibalymoisemoussa@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI004064843**

Date de validité de la pièce: **10/05/2032**

Employé(e) chez: **TEREBAT**

Matricule employeur: **312641**

Depuis le: **01/12/2019**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **196011986811**.

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