

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



Abidjan, le 23 Décembre 2024

N°: 02/2562/1/APST/2024

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

Madame: **KONAN ADJOUA NINA CAROLINE**
Né(e) le: **05/08/1998**
Adresse: **12 BP 482 ABIDJAN 12**
Téléphone: **2250160611764**
N°pièce d'identité: **CI001348086**
Date de validité de la pièce: **05/02/2031**
Email: **nica.konan@gmail.com**
Employé(e) chez: **SOCIETE DE DISTRIBUTION D'EAU DE COTE D'IVOIRE**
Matricule employeur: **001952X**
Depuis le: **02/08/2022**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202100231054**.
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