

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



Abidjan, le 22 Janvier 2024

N°: 02/2837/1/APST/2024

Je soussigné (e) Monsieur **KOUAKOU KOUAME PHILIPPE**, Adjoint au Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de TREICHVILLE atteste que :

Madame: **BOUBACAR FANTA**

Né(e) le: **10/11/1993**

Adresse: **BP 168 CIDEX 5**

Téléphone: **2252721331356**

N°pièce d'identité: **CI005602443**

Date de validité de la pièce: **27/03/2033**

Employé(e) chez: **NOUVELLE CRIEE DU PORT DE PECHE**

Matricule employeur: **324601**

Depuis le: **09/01/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202301626314**.

En foi de quoi, il lui est délivrée la présente Attestation pour servir et valoir ce que de droit.

L'ADJOINT AU DIRECTEUR



KOUAKOU KOUAME PHILIPPE