



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

Abidjan, le 24 Février 2025

N°: 02/2217/1/APST/2025

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

Monsieur: **GAHUIDI DESIRE TANGUY**

Né(e) le: **16/05/1998**

Adresse: **16 BP 37 ABIDJAN 16**

Téléphone: **2250143806633**

Email: **desireappia01@gmail.com**

N°pièce d'identité: **CI002459260**

Date de validité de la pièce: **10/11/2031**

Employé(e) chez: **EBUTRANS**

Matricule employeur: **228467**

Depuis le: **13/01/2023**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **198012347962**.

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