



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

Abidjan, le 17 Novembre 2025

N°: 02/4891/1/APST/2025

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

Monsieur: **DIARA ZAKARIA**

Né(e) le: **01/01/2001**

Adresse: **05 BP 2109 ABIDJAN 05**

Téléphone: **2250747341183**

N°pièce d'identité: **CI006240298**

Date de validité de la pièce: **11/10/2033**

Email: **diarrazakaria01@outlook.com**

Employé(e) chez: **DZ SERVICES**

Matricule employeur: **337465**

Depuis le: **04/01/2024**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **202401793865**.

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 ANTOINETTE