

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