

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



Abidjan, le 11 Avril 2025

N°: 02/1857/1/APST/2025

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

Monsieur: **BALDE ABOUBACAR**
Né(e) le: **07/06/1988**
Adresse: **01 BP 902 ABIDJAN 01**
Téléphone: **2250505219316**
N°pièce d'identité: **O05209317**
Date de validité de la pièce: **10/06/2034**
Email: **aboubalde@gmail.com**
Employé(e) chez: **SOCIETE IVOIRIENNE DE RAFFINAGE**
Matricule employeur: **121318**
Depuis le: **01/01/2016**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **188041648764**.
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