

**Agence de Prévoyance Sociale
de YOPOUGON**
Tel: 27 23 53 76 90



Abidjan, le 06 Mai 2025

N°: 06/735/1/APSY/2025

Je soussigné (e) Madame **KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE**, Directeur de l'Agence de Prévoyance Sociale de YOPOUGON atteste que :

Monsieur: **DIBI BI TRA JEAN PAUL**
Né(e) le: **03/08/1984**
Adresse: **26 BP 1175 ABIDJAN 26**
Téléphone: **2252600317826**
N°pièce d'identité: **CI005860724**
Date de validité de la pièce: **16/06/2033**
Employé(e) chez: **SMTCI**
Matricule employeur: **312641**
Depuis le: **12/06/2021**



Est actuellement en activité et immatriculé(e) à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale sous le numéro salarié CNPS **560310021162**.

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

LE DIRECTEUR D'AGENCE

KADIO NEE N'DA SIALLA CECILE