COMISSÃO DA CEDEAO

ECOWAS COMMISSION **COMMISSION DE LA CEDEAO**

Human Resources Directorate
Direction des Ressources Humaines

ATTESTATION FORM

Formulaire de Demande d'Attestation

Surname & Firstname/ *Nom & Prénoms :* *Underline the Surname/*Souligner le nom					
ECOWAS Mail *Adresse Electronique CEDEAO*					
Telephone number/No de Téléphone					
Department/Directorate *Département/Direction*:					
Job Title *Fonction occupée:*					
Grade & Step/*Grade & Echelon*					
Date of Assumption of Duty *Date de Prise de Fonction*					
Date of Birth/ *Date de naissance* **Date-Month-Year/** Date-mois-année					
Number of Dependents/ ***(Tick the appropriate number)*** *Nombre d'enfants à charge (**encercler le nombre approprié**)*	**1.**		**Date of Birth of dependents/** Date de Naissance des enfants à charge	**1.**	
	2			**2.**	
	3.			**3.**	
	4.			**4.**	

Type of Contract/ *Type de Contract*		**Expiring date of Contract/** *Date d'Expiration du Contrat* **Date-Month-Year/** *Date-Mois- Année*
Permanent	☐	
Contract/Contractuel	☐	
Temporary/*Temporaire*	☐	

REASON FOR REQUEST*/Motif de la demande*

Name & Address of *Addressee* *Nom et Adresse du Destinataire*	

I hereby certify correct all the information provided on this form
Je certifie exactes toutes les informations fournies sur ce formulaire

Staff Signature :		Date	

Scanned with CamScanner