

TRAIN TO GAIN – LEAVER NOTIFICATION

- If claiming any qualification achievements attach a copy of the Awarding Body Certificate.
- If the learner has withdrawn the leaving date must be the last date for which evidence of contact is available.
- Code boxes using guidance overleaf

Learner Name _____ DOB ___/___/___ Employer _____

L38 Employment status on last day

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

L39 Destination

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Certificate attached? (Yes/No)

| |
|--|
| |
|--|

Main NVQ qualification
A09 Learning Aim
Reference No

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

A40 Achievement Date

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

A31 Learning Actual End Date

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

A34
Completion
Status

| |
|--|
| |
|--|

A35
Learning
Outcome

| |
|--|
| |
|--|

A37
Number of
units
completed

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A38
Number
of units in
full aim

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A50
Reason
learning
ended

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Subsidiary Aim
(Skills for Life)
A09 Learning Aim
Reference No

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

A40 Achievement Date

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

A31 Learning Actual End Date

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

A34
Completion
Status

| |
|--|
| |
|--|

A35
Learning
Outcome

| |
|--|
| |
|--|

A37
Number of
units
completed

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A38
Number
of units in
full aim

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

A50
Reason
learning
ended

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Provider Signature _____

Print Name _____

Date _____